

(様式5号)

辞 退 届

申請日: 年 月 日

千葉県知事 様

指定医番号

氏 名

印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

辞 退 理 由	1 主たる勤務先が千葉県以外となるため。※1 2 その他※2 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; height: 100%; margin: 10px auto;"></div>
---------	--

※1 他県及び千葉市、船橋市、柏市に所在する医療機関に主な勤務先が移った場合。

※2 理由を記載してください。

小児慢性特定疾病指定医指定通知書原本を添付の上、医療機関の所在地を管轄する健康福祉センター(保健所)にご提出ください。