

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定辞退届出書

指定を辞退する年月日		年 月 日
保険医療機関等 について	医療機関コード	
	名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	
開設者について	該当するものに○	個人 ・ 法人
	氏名又は名称	
	所在地 (個人の場合は住所)	〒 -
	【法人のみ記入】 法人の代表者氏名	
【病院・診療所のみ記入】 標ぼうしている診療科名		
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の15の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 所在地（個人の場合は住所）</p> <p>法人名称及び代表者氏名（個人の場合は氏名）</p> <p>千葉県知事 様</p>		