様式第４号

指　定　医　辞　退　届

申請日：　　年　　月　　日

千葉県知事　様

医 師 氏 名

指定医番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

<table>
<tr><td>指定医氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td colspan="2">〒
（電話番号　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">主たる勤務先の
医　療　機　関</td><td>医療機関名</td><td></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td>〒</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>担 当 す る
診　療　科</td><td></td></tr>
<tr><td>辞　退　理　由
（該当に〇）</td><td colspan="2">１．難病指定医の要件（専門医要件）を変更するため、現指定を辞退。
２．協力難病指定医から、難病指定医への変更のため、現指定を辞退。
３．主たる勤務先の医療機関が千葉県以外となるため辞退。
４．その他
（　　）</td></tr>
</table>

１．辞退届には、指定医通知書（原本）を添付して下さい。

２．難病指定医の申請要件の変更のための辞退については、必要書類を添付した上で、新たに申請書を提出して下さい。

３．協力難病指定医から、難病指定医への変更のための辞退については、必要書類を添付した上で、新たに申請書を提出して下さい。

４．主たる勤務先の医療機関が、千葉県以外となり、辞退の場合は、主たる医療機関の所在地の都道府県知事に、新たに指定の申請を行って下さい。