

難病の患者に対する医療等に関する法律第 20 条及び
児童福祉法 19 条の 15 の規定による
指定医療機関 辞退申出書

次のとおり 指定医療機関を辞退したいので申し出ます。

医療機関名称	
医療機関コード	
所在地	〒 番 () ー
指定医療機関の種類 (い ず れ か に ○)	難病 小児慢性特定疾病
辞退予定年月日	年 月 日
辞退の理由	

※ 直近の指定通知書を添付してください。

※ 遅くとも辞退を予定する日の 1 月前までにこの申出書を提出してください。

年 月 日

島 根 県 知 事 様

〒
住 所
申出者
氏 名