

様式第5号

難病指定医・協力難病指定医 辞退届  
小児慢性特定疾病指定医

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

- ・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ に規定する指定医の指定について
  - ・児童福祉法第19条の3第1項
- 以下のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号 )		
主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
	小児慢性特定疾病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
辞退理由			