指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

様式第１９号

|  |
| --- |
| □　病院・診療所・歯科 |
| □　薬局 |
| □　訪問看護ステーション |

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

開設者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名）

児童福祉法第１９条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、児童福祉法施行規則第7条の３７の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 |
| 指定年月日 | |  |
| 辞退年月日 | |  |
| 辞退理由 | |  |
| その他 | |  |

１　□については、該当するものに「***レ***」を記入してください。

２　この書類は指定を辞退しようとする日の１か月前までに提出してください。