小児慢性特定疾病指定医辞退届

様式第２４号

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

指定医番号

　　　　　住所

医師氏名　　　　　　　　　　㊞

児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第７条の１５に基づき指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 指定年月日 |  |
| 辞退年月日 |  |
| 辞退理由 |  |
| その他 |  |

１　この書類は指定を辞退しようとする日の６０日前までに提出してください。

２　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。