

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

年 月 日

豊島区長 殿

開設者

住 所(法人にあつては所在地)

氏 名(法人名及び代表者氏名)

電話番号

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について、下記の理由により指定を辞退したいので、同法第19条の15の規定に基づき申し出ます。

記

1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地及び医療機関コード

2 辞退年月日

年 月 日

3 辞退理由