

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

|  |   |    |  |
|--|---|----|--|
| 該当するものに<br>○をつけて<br>ください。  | 病院・診療所      ・      薬局      ・      訪問看護事業者 |    |  |
| 保険医療機関等  | 名 称                                       |    |  |
|  | 所 在 地                                     |    |  |
|  | 電話番号                                      |    |  |
| 開設者  | 住 所                                       |    |  |
|  | 氏名又は名称                                    |    |  |
|  | 代表者<br>(訪問看護事業<br>者のみ)                    | 住所 |  |
|  |   | 氏名 |  |
| 辞退する理由   |   |    |  |
|  | (辞退年月日：      年      月      日)             |    |  |
| <p>                     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、上記の理由により辞退したいので届け出ます。                 </p> <p style="text-align: center;">                     年      月      日                 </p> <p style="text-align: center;">                     開設者<br/>                     住所 (法人にあっては所在地)<br/><br/>                     氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)                 </p> <p>                     鳥取県知事    様                 </p> |   |    |  |