様式第２４号

**指定医療機関辞退届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分  （該当するものに○） | １　病院 　 　　２　診療所 　　　３　薬局  ４　指定訪問看護事業者等　　 　 指定訪問看護事業者  （右の該当するものに○）　　　　　　　指定居宅サービス事業者  　　　　　　　　 　 　　　　　　　 指定介護予防サービス事業者 | | | | | | | | | |
| 指定医療機関名称 |  | | | | | | | | | |
| 所　　在　　地 | 〒 | | | | | | | | | |
| コ　　ー　　ド（※） | **３** | **１** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辞退年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 辞退理由 |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第２０条の規定に基づき、指定を辞退したいので、届け出ます。  　　　　　年　　月　　日  　開設者・代表者  住　　　　　所  氏名又は名称  　 鳥取県知事　様 | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ※　病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は、訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。 |