|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日福 井 市 長　様申請者（開設者）住　　　　所：氏名又は名称：　　　　　　　　　　　　　　　　指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届次のとおり、児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の３７の規定に基づき、届出します。 |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関として指定された年月日等 | 年 　月 　 日　（　　　　　　　　号） |
| 保険医療機関保 険 薬 局訪問看護ステーション | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 　医療機関コ─ド　 |  |
| 開　設　者 | 住　　所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　名 |  |
| 辞退理由 |  |
| 辞退理由の年月日 | 　　年 　月 　 日 |
| ※ 指定小児慢性特定疾病医療機関として指定した通知を添付すること。 |