

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	
	コード ※	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
	生年月日	
	職 名	
辞退理由		休止・廃止・取消・その他 ()
辞退理由の年月日		年 月 日

- ※ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。
- ※ 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してください。