指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届					
該当するものに○をつけて ください。		疖	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				
	医療機関コード				
開設者	住所(訪問看護事業者は主た る事務所の所在地を記入)				
	氏名 (法人にあっては 名称及び代表者職氏名)				
	代表者 (訪問看護事業者 のみ記入)	住所			
		氏名			
辞退年月日					
辞退理由					
	9条の9第1項の)規定に基づき指定			———— 特定疾病医療	機関の指定について、同法
年	月 日	開設 [。] 住所	者 (法人にあって)	は所在地)	

氏名(法人にあっては名称及び代表者職氏名)

船橋市長 あて