

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。		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		〒      ー		
	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）				
	氏名又は名称				
	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					
<p>児童福祉法第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、同法第19条の15の規定に基づき指定を辞退します。</p> <p>年      月      日</p> <p>開設者 住所（法人にあつては所在地）</p> <p>氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>船橋市長 あて</p>					