第５号様式

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 | | 〒　　　－ |
| 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 | | |  |
| 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。  年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（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 | | | |