

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

届出日 _____ 年 月 日

豊中市長 様

開設者

| | | |
|--------------------|---|--|
| 住所 (法人にあっては所在地) | 〒 | |
| 氏名 (法人名及び代表者氏名) | | |

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法第19条の15の規定に基づき届け出ます。

1. 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称等

| | | |
|------------|---|--|
| 名称 | | |
| 所在地 | 〒 | |
| 医療機関コード | | |
| 標榜している診療科名 | | |

2. 辞退年月日 _____ 年 月 日

3. 辞退の理由

| |
|--|
| |
|--|

届出にかかる担当者連絡先

| | | |
|------|------|---------|
| 担当者名 | 電話番号 | メールアドレス |
| | | |