|  |
| --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届  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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号    児童福祉法第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。  記  １　指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地及び医療機関コード  ２　辞退年月日  　　　　　　年　　　月　　　日  ３　辞退の理由 |