年　　月　　日

盛岡市長　　　様

開設者　住所

氏　名

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

　　　指定小児慢性特定疾病医療機関を辞退したいので、児童福祉法施行規則第７条の37の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 | 〒　　 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関等コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 辞退の理由 |  |
| 辞退予定年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

※　遅くとも辞退を予定する日の1月前までにこの申出書を提出してください。

（Ａ４）