

小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

氏名	
指定医番号	
勤務先医療機関 名称	
勤務先医療機関 所在地	
辞退年月日 (※)	年 月 日
辞退の理由	
<p>上記のとおり、児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定により、指定の辞退を申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>住 所</p> <p>(電話番号：)</p> <p>久留米市長 宛て</p>	

※ 指定を辞退する日の2月前までに申し出てください。