第１号様式の２４（第１条の１７関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

種別 （※１）	１.病院又は診療所　　２.薬局　　３.指定訪問看護事業者
医療機関 コード	
名称	
所在地	（電話番号：　　）
辞退年月日 （※２）	年　　月　　日
辞退の理由	

上記のとおり、児童福祉法第１９条の１５の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を申し出ます。

年　　月　　日

開　　設　　者
住　　所
氏名又は名称

久留米市長　宛て

※１　種別がわかるように番号のいずれかに○をしてください。
※２　辞退年月日は、申出日の翌日から１月以上を経過した日としてください。