

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	

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。

年 月 日

氏 名

住 所

（電話番号： ）

久留米市長 宛て