

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

京都府知事 様

年 月 日

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）

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、児童福祉法施行規則第7条の37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