

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退申出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地 〒	
	電 話 番 号	
	コ ー ド ※	
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則第 7 条の 37 の規定により申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所 (法人の場合は所在地)</p> <p>氏 名 (法人の場合は名称 及び代表者の職氏名)</p> <p>電話番号</p> <p>奈良県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

※ コード欄については、病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。