**小児慢性特定疾病指定医療機関　辞退申出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 種別 | １　病院又は診療所　　２　薬局　　３　訪問看護ステーション |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療機関等コード |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 児童福祉法施行規則第７条の３７の規定により、上記のとおり、指定医療機関の指定の辞退  　を申し出ます。  　　令和　　年　　月　　日    開設者  　住所（法人にあっては所在地）  　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）      　　吹田市長宛 | |

* 辞退年月日は、申し出日の翌日より１か月以上を経過した日であること。