

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	
<p>児童福祉法施行規則第 7 条の 3 7 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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者</p> <p style="text-align: right;">住所（法人にあつては所在地）</p> <p style="text-align: right;">氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>吹田市長宛</p>	

※ 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。