

難病指定医辞退届

申請日： 年 月 日

千葉県知事 様

医師氏名

指定医番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
辞退理由 (該当に○)	1. 難病指定医の要件（専門医要件）を変更するため、現指定を辞退。 2. 協力難病指定医から、難病指定医への変更のため、現指定を辞退。 3. 主たる勤務先の医療機関が千葉県以外となるため辞退。 4. その他 ()	

1. 辞退届には、指定医通知書（原本）を添付して下さい。
2. 難病指定医の申請要件の変更のための辞退については、必要書類を添付した上で、新たに申請書を提出して下さい。
3. 協力難病指定医から、難病指定医への変更のための辞退については、必要書類を添付した上で、新たに申請書を提出して下さい。
4. 主たる勤務先の医療機関が、千葉県以外となり、辞退する場合は、主たる勤務先の医療機関の所在地の都道府県知事等に、新たに指定の申請を行って下さい。