様式５号

指定難病指定医療機関　辞退申出書

　　　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条の規定により、指定を辞退したいので申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 区分 | 病院・診療所　　　薬局　　　指定訪問看護事業者 |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒  TEL:　　　　（　　　） |
| 医療機関  コード |  |
| 指定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 | |  |