

指 定 小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 機 関 辞 退 届

年 月 日

前橋市長あて

開設者・事業者の代表者

住 所 〒

氏 名

児童福祉法第19条の15の規定に基づき下記のとおり指定を辞退します。

区 分 (該当するものに○)	1. 病院 2. 診療所 3. 薬局 4. 指定訪問看護事業者
コ ー ド (※1)	1 0
指定医療機関の名称	
所 在 地	
辞 退 年 月 日	令和 年 月 日
辞 退 の 理 由	

※ 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記載してください。