

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書 (病院・診療所)

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
辞退年月日		年 月 日 (申出日の翌日より一月以上の日)	
辞退理由			
<p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、同法第19条の15の規定に基づき指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあっては所在地） 〒 ー</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>大阪市長 あて</p>			

※全ての事項について記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書 (薬局)

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード		
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
辞退年月日		年 月 日 (申出日の翌日より一月以上の日)	
辞退理由			
<p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、同法第19条の15の規定に基づき指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあっては所在地） 〒 ー</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>大阪市長 あて</p>			

※全ての事項について記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書 (訪問看護ステーション)

訪問看護 ステーション	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー	
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関 コード			
指定訪問看護 事業者	名称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の 所在地	<input type="checkbox"/>		
	代 表 者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
		氏名	<input type="checkbox"/>	
辞退年月日		年 月 日 (申出日の翌日より一月以上の日)		
辞退理由				
<p>児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、同法第19条の15の規定に基づき指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 住所（法人にあっては所在地） 〒 ー</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p> <p>大阪市長 あて</p>				

※全ての事項について記載し、そのうち直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。