

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		
	所在地		〒 -
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	住所		〒 -
	氏名又は名称		
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 2 2 年法律第 1 6 4 号) 第 1 9 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 1 9 条の 1 5 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) 〒 -</p> <p>氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</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。