

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		
	所在地		〒 -
	電話番号		
	医療機関 コード		
指定訪問看護 事業者	名称		
	主たる事務所の 所在地		
	代 表 者	住所	〒 -
		氏名	
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） 〒 -</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。