

様式5号

辞 退 届

年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

フリガナ  
氏 名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき指定を辞退します。

|                            |                  |   |  |
|----------------------------|------------------|---|--|
| フリガナ<br>氏 名                |                  |   |  |
| 連 絡 先                      | 〒<br><br>(電話番号 ) |   |  |
| 主 たる<br>勤 務 先 の<br>医 療 機 関 | 医療機関名            |   |  |
|                            | 所 在 地            | 〒 |  |
|                            | 電 話 番 号          |   |  |
|                            | 担 当 する<br>診 療 科  |   |  |
| 辞 退 年 月 日                  | 年 月 日            |   |  |
| 辞 退 理 由                    |                  |   |  |

【小児慢性特定疾病患者データベース利用 指定医ID・パスワードについて】

現在登録されている指定医IDは大阪市にて削除処理を行います。  
ID削除届の別途申請は不要です。