

## 指 定 医 辞 退 届

令和 年 月 日

大阪市長 あて

指定医番号

申請者氏名  
※1

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号 )	
主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
辞退年月日	令和 年 月 日	
辞退理由 (該当するものに○)	1 主たる勤務先が大阪市外となる為 (転出先では難病の指定医申請は行わない※2) 2 指定医死亡の為 3 その他 ( )	

※1 申請者は指定医本人です。ただし指定医本人が死亡の場合のみ申請者は、診療に従事していた医療機関の管理者又は指定医の親族となります。

※2 転出先の勤務先においても、引き続き難病指定医又は協力難病指定医の資格を取得予定の場合は、指定変更届出書(様式第3号)を提出して下さい。

また、変更後の医療機関の所在地がある都道府県又は指定都市に対して、改めて新規の申請手続きが必要です。

## 【指定難病患者データベース利用 指定医ID・パスワードについて】

指定医ID	<input type="checkbox"/>	登録あり	ID削除届の別途申請は不要です 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
	【 医籍登録番号・・・ 】		
	<input type="checkbox"/>	登録なし	