

小児慢性特定疾病指定医辞退届

令和 年 月 日

明石市長 あて

申請者 \_\_\_\_\_

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。

指定医氏名	(指定医番号: )
勤務先医療機関の 名称及び所在地	
辞退の年月日	令和 年 月 日
辞退の理由	

課長	係長	係

上記の申出を受理してよろしいか。