指定医療機関辞退申出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名称 | （ 医療機関コード　　　　　－　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒　　　　-  　　　 電話 ( ) |
| 開設者 | 住所 | 〒　　　　-  　　　　 電話 ( ) |
| 氏名又は  名称 |  |
| 辞退する年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退する理由 | |  |
| 上記のとおり，難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４４条の規定により，指定医療機関の指定辞退を申し出ます。  　　　年　　　月　　　日  開　設　者  法人の場合は所在地  住　所  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名    広島県知事　　様 | | |