難病指定医 辞退届

年　　月　　日

広島県知事　様

指定医番号

医師氏名

　 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　－ |
| （電話　　　－　　　－　　　　） |
| 担当する 診　療　科 |  |
| 辞退理由 | □ 退職  □ 主たる勤務先医療機関の異動（広島市・県外）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

* 該当する辞退理由に☑を入れてください。

異動の場合は異動先に○印を、その他の場合は理由を記入してください。