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。