

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

八王子市長 殿

氏名 印
指定医番号（ ）

児童福祉法第19条の3第1項の規定による小児慢性特定疾病指定医について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第7条の15の規定に基づき届け出ます。

記

- 1 指定医氏名、居住地及び連絡先
- 2 勤務先医療機関の名称及び所在地
- 3 辞退年月日
- 4 辞退の理由