

第32号様式（第23条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

平成 年 月 日

八王子市長 殿

開設者

住所（法人にあつては所在地）

氏名（法人名及び代表者氏名）

印

電話番号

児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法第19条の15の規定に基づき届け出ます。

記

1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地

2 辞退年月日

平成 年 月 日

3 辞退の理由