|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日福 井 県 知 事　様申請者（開設者）住　　　　　所：氏名または名称：　　　　　　　　　　　　　　　　指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届下記のとおり、児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の３７の規定に基づき、届出します。 |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関として指定された年月日等 | 年 　月 　 日　（　　第　　　　　号） |
| 保険医療機関保 険 薬 局訪問看護ステーション | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 　コ─ド　※ |  |
| 開　設　者 | 住　　所 |  |
| 氏名または名称 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　名 |  |
| 辞退理由 | 休止・廃止・取消・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 辞退理由が生じた年月日 | 年 　月 　 日 |
| ※　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コードを記載してください。 |