|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日福 井 県 知 事　様申請者（開設者）住　　　　　所：氏名または名称：　　　　　　　　　　　　難病医療費助成指定医療機関　辞退届難病の患者等に対する医療等に関する法律第１４条第１項の規定による医療機関の指定について、下記のとおり指定を辞退します。 |
| 保険医療機関保 険 薬 局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| コ─ド（医療機関番号） |  |
| 開　設　者 | 住　　所 |  |
| 氏名または名称 |  |
| 生年月日 |  |
| 職　　名 |  |
| 　指定医療機関として指定された年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　（　　第　　　　　　　号） |
| 辞　退　理　由 |  |
| 辞 退 年 月 日 | 　　　年　　　月　　　日（廃止、休止等になった年月日） |
|  |