|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
|  | |