様式第３６号

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

　　　　　　年　　月　　日

さいたま市長　様

　児童福祉法第１９条の９第１項に規定する指定医療機関の指定について、児童福祉法施行規則第７条の３７の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○をつけてください | | 病院・診療所　　　　薬局　　　　指定訪問看護事業者 | | |
| 保険医療機関等 | 名称 | | |  |
| 所在地 | | |  |
| 電話番号 | | |  |
| 医療機関コード | | |  |
| 開設者 | 住所  （訪問看護事業者は、主たる事務所の所在地を記載） | | |  |
| 氏名又は名称 | | |  |
| 代表者  （訪問看護事業者のみ記載） | | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 辞退理由 | ※辞退理由及び終了日（辞退日）を記載してください。 | | | |