指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届出書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当するものに○を  つけてください。 | 病院又は診療所　　　薬局　　　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） | | □ | 〒 |
| 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 | | | |  |
| 児童福祉法（昭和22年法律第164号）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の指定について、同法第19条の15の規定に基づき指定を辞退します。  年　 　月　　 日  開設者  住所（法人にあっては所在地）  　〒      氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）    青森市長　様 | | | | |

※全ての事項について記載のうえ、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。