

辞 退 届

年 月 日

宇都宮市長 様

開設者等:

住所(法人にあつては所在地):

氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名):

印

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり辞退します。

保険医療機関 保険薬局 訪問看護ステーション等	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	コード※1	
辞退年月日※2	年 月 日	
辞退理由		

※1 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、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

※2 辞退年月日は、届出の日から1月以上の予告期間を設けた日としてください。