様式第８号

小児慢性特定疾病指定医　辞退届出書

令和　　　年　　　月　　　日

兵庫県知事　様

指定医番号

医師氏名

児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第７条の１５の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医氏名 |  |
| 現住所 | 〒  連絡先：（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
| 勤務先の医療機関 | 医療機関名：  住　　　所：〒  電話番号：（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
| 医療機関名：  住　　　所：〒  電話番号：（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
| 辞退の年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |

【提出書類】様式第８号「辞退届出書」と指定通知書（原本）

※複数の医療機関で勤務している場合、兵庫県内に所在する医療機関（神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市内に所在するものを除く）を全て記載してください。