|  |
| --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届  年　　月　　日  和歌山県知事　様  開設者  住所（法人にあっては所在地）  氏名（法人名及び代表者氏名）  電話番号  児童福祉法第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について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法第19条の15の規定に基づき届け出ます。  記  １　指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地及び医療機関コード  ２　辞退年月日  　　　　　　年　　　月　　　日  ３　辞退の理由 |