|  |
| --- |
| 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 |