別紙様式３

**指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 種別  （※１） | １．病院又は診療所　　 ２．薬局　　 ３．指定訪問看護事業者 |
| 医療機関等  コード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日　（申出日の翌日より一月以上の日） |
| 辞退の理由 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第１９条の１５の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退します。    　　　　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）（※２）      富山県知事　殿 | |

※１　種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。

※２　開設者が死亡の場合は、その代理者が届出書を提出すること。