

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定辞退申出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	指定年月日	
指定を辞退する年月日	年 月 日	
指定を辞退する理由等		

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の15の規定に基づき、指定医療機関の指定を辞退したいので申し出ます。

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）

水戸市長 様

備考 指定を辞退する日の1月前までに申し出ること。