様式第７号

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健医療機関又は  訪問看護ステーション | 名　称 | |  |
| 所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 医療機関コード | |  |
| 開設者  又は  指定訪問看護事業者 | 住　所  （指定訪問看護事業者にあっては  主たる事務所の所在地） | |  |
| 氏名又は名称  （指定訪問看護事業者にあっては名称） | |  |
| 代表者  ※指定訪問看護事業者のみ記載 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 辞退年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 | | |  |
| 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、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を申し出ます。  　　　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）  　　　　　　　　　　 　　　　　　　 印    （あて先）東大阪市長 | | | |

※指定の辞退は、辞退年月日の１か月以上前に申し出ること。