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。