

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つては 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つては名称)		
	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（法人にあつては所在地） 氏名（法人にあつ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。