**指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| （ＴＥＬ）　　　　　　　　　　（ＦＡＸ） | | |
| 辞退理由 |  | | |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 児童福祉法第19条の15に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、児童福祉法施行規則第７条の37に基づき指定の辞退を申し出ます。  なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。  　　 年　　 月　　 日 | | | |
| 開設者住所 | | 〒 　　　－ | |
| （ふりがな）  開設者氏名 | | （） |  |
| 広　島　市　長　　様 | | （法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名） | |