別紙様式第９号

指定医療機関辞退申出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| コード※ |  |
| 辞退年月日 |  　 　年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
|  上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により申し出ます。 　　　令和　　年　　月　　日 開　設　者 住　所（法人の場合は所在地） 氏　名（法人の場合は名称 　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　 及び代表者の職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　広島市長　様 |
|

※　「コード」欄は、医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記入してください。