

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

福山市長 様

指定医番号

指定医名前

小児慢性特定疾病指定医の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の15の規定により次のとおり届け出ます。

1 指定医名前、居住地及び連絡先

2 勤務先医療機関の名称及び所在地

3 辞退年月日

年 月 日

4 辞退の理由