

柏市 指定小児慢性特定疾病医療機関 指定辞退届出書

指定を辞退する年月日 (提出日より一月以上後の日付を記載)		年 月 日
保険医療機関等	名称	
	所在地	〒 ー
	電話番号	
	医療機関コード	
開設者	個人の場合：氏名 法人の場合：法人名称	
	法人の代表者氏名 (法人のみ記載)	
	住所	〒 ー
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		
上記のとおり，児童福祉法第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を辞退します。 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） 柏市長 様		

※ 当届出書の受理から一月以上の予告期間を設けて指定を解除します。