

様式第2号の14（第2条の12関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

指定医療機関	名称	
	所在地	
辞退の理由		
辞退年月日	年 月 日	
上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退をしたいので申し出ます。 年 月 日 開設者等氏名 (法人にあつては、その名称及びその代表者の職氏名) 担当者 氏 名 () 連絡先 () 静岡県知事 様		