様式6

指定医療機関指定辞退申出書

<table>
<tr><td rowspan="2">指定医療機関</td><td>名　　称</td><td>（医療機関コード等　　－　　）</td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td>〒　　－
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">開　設　者</td><td>住　　所</td><td>〒　　－
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>氏名又は名称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">辞退する年月日</td><td>年　　月　　日（申出日の翌日より30日以上の日）</td></tr>
<tr><td colspan="2">辞退する理由</td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条及び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、指定医療機関の指定辞退を申し出ます。

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）

大阪府知事　様