

様式第24号

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

年 月 日

大阪府知事 様

開設者
住所（法人にあっては所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、次のとおり指定医療機関の指定を辞退したいので、届け出ます。

医療機関名称	
医療機関所在地	〒
医療機関コード	
医療機関の種類 (いずれかに○)	1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護ステーション
辞退年月日 (1月以上の予告期間が必要)	年 月 日
辞退の理由	