

指定難病指定医療機関 辞退申出書

年 月 日

千葉県知事 様

開設者

所在地

氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により、指定を辞退したいので申し出ます。

指定医療機関	区分	病院・診療所 薬局 指定訪問看護事業者
	名称	
	所在地	〒 TEL: ()
	医療機関コード	
指定年月日	年 月 日	
辞退年月日	年 月 日	
辞退の理由		