別記様式第４号の15（第２条の４関係）

　年　　月　　日

小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

文京区長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

児童福祉法第19条の３第１項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第７条の15の規定に基づき指定を辞退します。

記

1　指定医氏名、居住地及び連絡先

2　勤務先医療機関の名称及び所在地

3　辞退年月日

4　辞退の理由