別記様式第４号の20（第２条の５関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

年　　月　　日

文京区長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

住所(法人にあつては所在地)

　　　氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名)

電話番号

児童福祉法第19条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記の理由により指定を辞退したいので、同法第19条の15の規定に基づき申し出ます。

記

　１　指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地及び医療機関コード

　２　辞退年月日

　　　　　　　年　　　月　　　日

３　辞退理由