第1号様式の２４（第1条の１７関係）

　　　指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 種別（※１） | １.病院又は診療所　　 ２.薬局　　 ３.指定訪問看護事業者 |
| 医療機関コード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 辞退年月日（※２） | 　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法第１９条の１５の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を申し出ます。　　　　　年　　月　　日 　開　　設　　者住　　　　　所 氏名又は名称 　　　 　久留米市長　宛て |

※１　種別がわかるように番号のいずれかに○をしてください。

※２　辞退年月日は、申出日の翌日から１月以上を経過した日としてください。