

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届書

年 月 日

江戸川区長 殿

開設者

住 所（法人にあっては所在地）

氏 名（法人名及び代表者名）

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の規定に基づき届け出ます。

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