様式第１７号（第１７条の１２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 |
| 医療機関等  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（昭和２２年法律第１６４号）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辞退を申し出ます。    　　　　年　　月　　日    開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）  福岡県知事　殿 | |

※１　種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。

※２　辞退年月日は、申し出日の翌日より１か月以上を経過した日であること。