様式第７号（第１７条の６関係）

小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 　　 | （生年月日　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 住　　所 | （〒　　　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 医籍登録番号 |  |
| 勤務先の医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | （〒　　　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 辞退年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の１５の規定により、指定の辞退を申し出ます。　　　　　年　　月　　日 　 　氏　　名 　　 　　　 福岡県知事　殿　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名） |

　※辞退年月日は、申し出日の翌日より６０日以上を経過した日であること。