

(様式第8号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届

年 月 日

神戸市長 あて

医療機関等

住所

名称

開設者又は代表者

住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)

児童福祉法第19条の15の規定に基づき指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

辞退の理由