様式４

|  |
| --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届  年　　月　　日  　北九州市長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名及び代表者氏名）    　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、児童福祉法第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  ２　所在地  ３　医療機関コード  ４　辞退年月日  　　　　　年　　　月　　　日  ５　辞退の理由 |