

辞 退 届

年 月 日

北九州市長 様

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号)		
主たる勤務先の 医 療 機 関	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する 診療科		
辞退理由			