

指定医療機関辞退届

年 月 日

熊本県知事 様

開設者 { 住 所
〒
氏名又は名称（法人の場合は、名称及び代表者職・氏名）
電話番号

下記のとおり指定医療機関を辞退したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条第1項の規定により届け出ます。

記

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
	医療機関等 コード	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		

(備考)

- 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替えてください。
- 2 辞退年月日は、1月以上の予告期間を見込んでください。