様式第８号

　小児慢性特定疾病指定医辞退届

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　　　様

指定医番号

児童福祉法第19条の３第１項に規定する指定医の指定について、下記のとおり指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第７条の15の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 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 年 月 日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 辞 退 理 由 |  | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　この書類は、指定辞退日の６０日以上前に提出すること。