様式６

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関　指定辞退申出書  　　年　　月　　日  愛媛県知事　　　　　　様    指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者(事業者)  住　所　〒  氏　名  児童福祉法第19条の15の規定により、下記のとおり申し出ます。 | | |
| 指定小児慢性特定疾病  医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 理由 | |  |
| 委託患者の  措置状況 | |  |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　法人又は指定訪問看護事業者にあっては、開設者住所は主たる事業所の所在地とし、氏名は法

人又は事業者の名称及び代表者の氏名を記載すること。

３　指定小児慢性特定疾病医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者にあっては、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。

４　「委託患者の措置状況」の欄は、既に行ったこと及びこれから行おうとしていることを記載すること。

５　この書類は、指定辞退日の１月以上前に、指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を添付の上、提出すること。