第４号の２の２４様式（第２条の２の２１関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

年　　月　　日

杉並保健所長　宛

開設者
住　　所（法人にあつては、所在地）

氏　　名（法人名及び代表者氏名）

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、同法第１９条の１５の規定により、下記の理由のとおり指定を辞退したいので申し出ます。

記

１　指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地及び医療機関コード

２　辞退年月日
年　　月　　日

３　辞退の理由