第４号の２の１６様式（第２条の２の１４関係）

小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

年　　月　　日

杉並保健所長　宛

指定医番号

氏　　名

児童福祉法第１９条の３第１項の規定による小児慢性特定疾病指定医について、下記の理由によ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の規定により申し出ます。

記

１　指定医氏名、居住地及び連絡先

２　勤務先医療機関の名称及び所在地

３　辞退年月日

４　辞退の理由