

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

福山市長 様

指定医番号  
指定医名前

小児慢性特定疾病指定医の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の15の規定により次のとおり届け出ます。

- 1 指定医名前、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  
年 月 日
- 4 辞退の理由