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

　保予－2024.4.1