

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届出書

年 月 日

(宛先) 札幌市長

開設者又は指定訪問看護事業者

住所 (所在地)

氏名 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション	名 称	
	所 在 地	〒 (電話)
	医療機関コード	
指 定 を 受 け た 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に受診している者に対する措置		

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。