

様式6号

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

年 月 日

甲府市長 様

開設者住所

氏名又は名称

印

児童福祉法第19条の9第1項に規定による医療機関の指定について、児童福祉法施行規則第7条の37の規定に基づき指定を辞退します。

辞 退 日	年 月 日
医療機関等名	
辞 退 理 由	