

堺市指定医療機関指定辞退申出書

指定医療機関	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	医療機関コード等			
開設者等	氏名又は名称			
	住所又は所在地	〒		
	電話番号			
	指定訪問看護事業者等の場合のみ	代表者氏名		
代表者住所		〒		
辞退する年月日 （申出日の翌日より 30日以上経過した日）		年	月	日
理 由				
<p>指定医療機関の指定の辞退について、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第20条及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第44条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>堺市長 殿</p> <p style="text-align: center;">申出者</p> <p style="text-align: center;">住所（法人にあっては所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）</p>				

注意

- 1 堺市指定医療機関指定通知書又は堺市指定医療機関指定更新通知書の原本を添付してください。
- 2 紛失等により添付できない場合は、理由欄に添付できない理由を記載してください