

辞 退 届

指定医療機関	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	医療機関コード等	
辞退する年月日 (届出日の翌日より 30 日以上経過した日)		年 月 日
理由		
児童福祉法第 19 条の 9 第 1 項に規定する指定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医療機関を辞退します。		
年 月 日		
堺市長 殿		
届出者 住所 (法人にあっては所在地)		
氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)		

注意

- 1 指定医療機関指定通知書又は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。