

静岡県指定医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関指定辞退申出書

指定 医療 機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号								
	名称								
	所在地	郵便番号 -							
辞退の理由									
辞退年月日		年 月 日							
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、指定医療機関の指定の辞退を申し出ます。 年 月 日 開設者 指定訪問看護事業者等 住所 〔法人にあつては、 主たる事務所の所在地〕 氏名 〔法人にあつては、その名称 及びその代表者の職氏名〕 担当者 氏名 () 連絡先 () 静岡県知事 様									