

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<br>医療<br>機関   | 医療機関コード<br>薬局コード<br>訪問看護ステーションコード<br>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  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>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。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%;"> <p>開設者<br/>指定訪問看護事業者等</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>住 所</p> <p>〔法人にあっては、<br/>主たる事務所の所在地〕</p> <p>氏 名</p> <p>〔法人にあっては、その名称<br/>及びその代表者の職氏名〕</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: right;"> <p>担当者 氏 名 ( )</p> <p>連絡先 ( )</p> </div> </div> <p style="margin-top: 20px;">静岡県知事 様</p> |  |        |  |  |  |  |  |  |  |