

様式第 10 号の 22 (第 4 条の 6 関係)

年 月 日

(宛先) 高松市長

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

住 所

氏名又は名称

印

次のとおり指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第 7 条の 37 の規定により申し出ます。

指定小児慢性特定 疾病医療機関	名 称	
	所 在 地	
	医療機関コード	
辞退予定年月日	年 月 日	
辞 退 理 由		