小児慢性特定疾病　指定医　辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大分県知事　殿

　　〒

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

指定医　氏　　名

電話番号

指定医番号

児童福祉法に規定する小児慢性特定疾病指定医の指定を下記の理由により辞退します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 辞　退　理　由 |  |