第１号様式の２の２４（第１条の１３関係）

年　　月　　日

　品川区長　あて

指定医氏名

指定医番号

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

　　児童福祉法第１９条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記の理由により指定を辞退したいので、同法第１９条の１５の規定に基づき届け出ます。

記

１　指定小児慢性特定疾病医療機関の名称、所在地および医療機関コード

２　辞退年月日

　　　　　　年　　月　　日

３　辞退の理由