

難病

指定医療機関指定辞退申出書

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
	コ ー ド ※1	
	電 話 番 号	
開 設 者	住所又は所在地	
	氏 名	
	職名又は名称	
指定辞退年月日	年 月 日	
指定辞退の理由		
<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（平成26年法律第50号）第20条の規定による指定医療機関の指定の辞退の届出をします。</p> <p>年 月 日 ※2</p> <p>開設者 住 所 氏 名 (又は代理者※3)</p> <p>石 川 県 知 事 殿</p>		

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記載。

※2 指定辞退の年月日より一ヵ月以上前に申出書を提出すること。

※3 開設者が死亡の場合は代理者が申出書を提出すること。