第１号様式の２２（第２条の１８関係）

年　　　月　　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届

（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地又は住所

開設者等の氏名又は名称

　　児童福祉法第１９条の１５の規定により、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、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定を受けた年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する理由 |  |

　備考

１　指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を添付してください。

２　記名押印に代えて署名することができます。