

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届 (病院・診療所)

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 電話番号
開 設 者	住 所	〒
	氏名または 名 称	
辞 退 理 由		
<p>上記理由により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について辞退したく、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の15の規定に基づき届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏名または名称</p> <p>函館市長 様</p>		

