**小児慢性特定疾病指定医　辞退届出書**

年　　　　月　　　　日

岡　 山　 市　 長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続　　柄（※）

　児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第７条の１５の規定に基づき指定を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医氏名 |  |
| 指定医番号 |  |
| 連　絡　先  電話番号 |  |
| 辞退理由 |  |

※指定医がお亡くなりになったときに、代理の方（親族、主な勤務先）が申し出る場合のみ記載してください。代理の方が勤務先の場合は、氏名欄に医療機関及び担当者名を記載してください。