

指定医療機関辞退申出書

年 月 日

神奈川県知事殿

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

申出者 住所
氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、次のとおり申し出ます。

病院、 診療所 又は薬局	病院、診 療所又は 薬局	名 称	
		所 在 地	〒
		コ ー ド	
	開 設 者	氏 名 又 は 名 称	
住 所 又 は 所 在 地		〒	
指定訪 問看護 事業者 等	指定訪問 看護事業 者等	名 称	
		主たる事務所の 所 在 地	〒
	代 表 者	氏 名	
		住 所	〒
	訪問看護 ステーシ ョン等	名 称	
		所 在 地	〒
コ ー ド			
辞 退 年 月 日		年 月 日	
辞 退 の 理 由			

備考 コード欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。