

## 指定医辞退申出書

年 月 日

神奈川県知事殿

申出者 指定医番号

指定医の氏名

( 年 月 日生)

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第5条の規定により、次のとおり申し出ます。

指定医の種類 (該当するものに○印を付けてください。)	難病指定医 ・ 協力難病指定医
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	