様式第８号

難 病 等 指 定 医 辞 退 届

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　 　　　様

届出者　居住地

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退したいので、同法施行規則第20条の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 連絡先 | 〒 | | | |
|  | | | |
| 電話番号 | | | |
| 指定医番号 |  | | | |
| 主たる  勤務先の  医療機関 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 担当する  診療科 |  | | |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 辞 退 理 由 |  | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。