

辞 退 届

年 月 日

大阪府知事 様

指定医番号

医 師 氏 名

医籍登録番号

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ます。

| | | |
|----------------------------|------------------|---|
| 指定医氏名 | | |
| 連絡先 | 〒 (電話番号) | |
| 主として指定 難病の診断を 行う医療機関 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当診療科 | |
| 辞退年月日 | 年 月 日 | |
| 辞退理由 | | |

臨床調査個人票オンライン登録（難病DB）ID・パスワードを登録済の方はID削除を行います。

主たる勤務先が他自治体に変更になる方は他自治体で新たに難病DB・ID登録の申請が必要です。