

## 辞 退 届

年 月 日

大阪府知事 様

指定医番号

医師氏名

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		