

指定医療機関指定辞退申出書

	名 称	(医療機関コード等)
指定医療機関	所 在 地	〒 - 電話 ()
開 設 者	住 所 又 は 所 在 地	〒 - 電話 ()
	氏 名 又 は 名 称	
辞 退 す る 年 月 日		年 月 日 (申出日の翌日より 30 日以上の日)
辞 退 す る 理 由		
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第20条及び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、指定医療機関の指定辞退を申し出ます。 年 月 日 開 設 者 住 所 (法人の場合は所在地) 氏 名 (法人の場合は名称及び代表者の職氏名) 大 阪 府 知 事 様		