

様式6-2 指定医療機関指定辞退申出書

申請件数計 () 件

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	辞退する理由	開設者 (氏名又は名称)	開設者の住所又は所在地	辞退する年月日
例	12-3456	医療法人〇〇会〇〇クリニック	123-4567	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	12-3456-7890	専門の医師が退職したため	医療法人〇〇会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	令和〇年〇月〇日
1									
2									
3									
4									
5									
6									

上記の通り、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(法人にあっては所在地)

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

注1:7機関以上を同時申請される場合は別シートにご記入ください

