

様式24-2号

指定小児慢性特定疾病医療機関

辞退届出書

申請件数 計（ ）件

番号	医療期間の種類	医療機関 コード	名称	郵便番号	所在地	辞退の理由	届出事由の生じた日
例	1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護ステーション 上記の中から数字で記載もしくはプルダウンで選択	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	専門の先生が退職したため	令和〇年〇月〇日
1							
2							
3							
4							
5							
6							

児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、上記のとおり指定医療機関の指定を辞退したいので、届け出ます。

年 月 日 開設者

住所(法人にあっては所在地)
氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

大阪府知事 様

注1:届出事由欄は該当する項目の数字で書くか、エクセルの場合はプルダウンで選択してください 注2:7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

様式24-2号

指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

[illegible]