

辞 退 届

令和 年 月 日

神戸市保健所長 宛

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、下記の通り指定を辞退します。

指定医氏名		
住 所	〒 -	
主たる勤務先の 医 療 機 関	医療機関名	
	所 在 地	〒 - 神戸市
	電 話 番 号	
	担 当 す る 診 療 科	
辞 退 理 由		

【指定医氏名】【住所】【主たる勤務先の医療機関】については、指定医登録している情報を記入。

いつ時点の日付で辞退するか、明確な場合は日付も記入。