第３号様式（第３条関係）

指定医辞退申出書

年　　月　　日

神奈川県知事殿

申出者　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生）

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第５条の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医の種類  （該当するものに○印を付けてください。） | 難病指定医　　　・　　　協力難病指定医 |
| 辞 退 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 辞 退 の 理 由 |  |