第８号様式（第13条関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

申出者　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

児童福祉法施行規則第７条の37の規定により、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の種類（該当するものに○印を付けてください。） | 病院又は診療所　・　薬局　・　指定訪問看護事業者 |
| 病院、診療所又は薬局 | （フリガナ）名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| コード |  |
| 開設者 | （フリガナ）氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 指定訪問看護事業者 | （フリガナ）名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 代表者 | （フリガナ）氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 訪問看護ステーション | （フリガナ）名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| コード |  |
| 辞退年月日 | 年　　月　　日 |
| 辞退の理由 |  |

備考　「コード」の欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者である場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | 「神奈川県指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書」の写しを添付すること。 |