第７号様式（第14条関係）

指定医療機関辞退申出書

年　　月　　日

法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　申出者　住所

　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　　　氏名

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、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院、診療所又は薬局 | 病院、診療所又は薬局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| コード |  |
| 開設者 | 氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 指定訪問看護事業者等 | 指定訪問看護事業者等 | 名称 |  |
| 主たる事務所の  所在地 | 〒 |
| 代表者 | 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| コード |  |
| 辞退年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 辞退の理由 | | |  |

備考　　コード欄について、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等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。