指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届出書

年　　月　　日

　宮崎県知事　殿

〒

開設者住所

氏名

電話

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名及び代表者印）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関番号 |  |
| 指定医療機関の名称 |  |
| 指定医療機関の所在地 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 |  |