

様式 4

## 難病指定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

印

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	