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

　　　　　　　電話

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

（備考）

辞退年月日は１か月以上の予告期間を見込むこと。