辞退届

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　宛

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記の通り指定を辞退します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医氏名 |  | |
| 住所 | 〒　　　　－ | |
| 主たる勤務先の  医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－  神戸市 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 辞退理由 |  | |