|  |
| --- |
| 様式第４号 |
| 指定辞退届年　　月　　日　茨城県知事　殿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施行規則第２０条第１項の規定に基づき、指定医の指定を辞退したいので届け出ます。 |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定を辞退する理由等 |  |
|  |