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