|  |
| --- |
| 様式第５号 |
| 指定医療機関に係る指定辞退の申出書 |
| 指定医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 指定年月日 |  |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 指定を辞退する理由等 |  |
| 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４４条の規定に基づき、指定医療機関の指定を辞退したいので申し出ます。　　　　　　年月日（開設者）住所（法人にあっては所在地）氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　　　　　　　茨城県知事　殿備考　指定を辞退する日の１月前までに申し出ること。 |