|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。 | | |