様式第８号（第８条関係）

難病指定医（協力難病指定医）指定辞退届出書

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

指定医氏名

　　次のとおり難病指定医（協力難病指定医）の指定を辞退したいので、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定を受けた年月日 | 　　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 | 　 |
| 現に診察をしている患者に対する措置 | 　 |

注　標題の届出名のうち、該当する事項に○をしてください。