様式第10号の７（第６条の９関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届出書

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　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および代表者氏名）

　　児童福祉法施行規則第７条の37の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当すべき医療の種類 |  |
| 主たる担当医師等の氏名 |  |
| 辞退の理由 |  |