様式第９号

指定医療機関辞退申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 種別（※１） | １．病院又は診療所　　２．薬局　　３．指定訪問看護事業者等 |
| 医療機関等コード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－（電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 辞退年月日（※２） | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第２０条の規定により、指定医療機関の辞退を申し出ます。　　　　　　　年　　月　　日　　（あて先）福岡市長 開設者等住　　　　　所 氏名又は名称 　　　　 　 　　　 |

※１　種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。

※２　辞退年月日は、申出日の翌日より１ヶ月以上を経過した日であること。