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。