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。