

指定医療機関辞退申出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申出者（開設者又は事業者）

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定に基づき、次のとおり申し出ます。

病院、診療所又は薬局	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
	コ ー ド			
	開 設 者	氏 名 又 は 名 称		
		住 所 又 は 所 在 地		
指定訪問看護事業者等	名 称			
	主たる事務所の所在地			
	電 話 番 号			
	代 表 者	氏 名		
		住 所		
		電 話 番 号		
	訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 等	名 称		
		所 在 地		
		電 話 番 号		
		コ ー ド		
辞 退 年 月 日			年 月 日	
辞 退 の 理 由				

備考1 指定の辞退には、1月以上の予告期間を設ける必要があります。

2 「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。