第７号様式

指定医辞退申出書

年　　月　　日

（宛先）川崎市長

申出者

住　所

氏　名

川崎市難病の患者の医療等に関する法律施行細則第７条の規定により、次のとおり申し出ます。

指定医番号	
指定医氏名	
電話番号	
指定医の区分 （該当するものに○印を付けてください。）	１　難病指定医　　２　協力難病指定医
辞退年月日	年　　月　　日
辞退の理由	