　様式４

|  |
| --- |
| 小児慢性特定疾病指定医 辞退届  年　　月　　日  　　北九州市長　殿  氏名　　　　　　　　　　　　　印　　※自署の場合は押印不要  指定医番号（　　　　　　　　　　　）  　　児童福祉法第１９条の３第１項の規定による小児慢性特定疾病指定医について、下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第７条の１５の規定に基づき届け出ます。  記  １　指定医氏名  ２　居住地及び連絡先  ３　主たる勤務先医療機関の名称及び所在地  ４　辞退年月日  　　　　　年　　　月　　　日  ５　辞退の理由 |