

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 指定医療機関辞退申出書

年 月 日

相模原市長 あて

申出者 (開設者)	住所 (法人の場合は所在地)	〒
	氏名 (法人は名称及び代表者役職氏名)	印
指定医療機関	コード 1	
	名称	
	所在地	〒 相模原市
( 担当者：氏名		電話番号 )

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

辞退年月日 2	年 月 日
辞退の理由	
備考	

- 1 「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載してください。
- 2 指定の辞退には、一月以上の予告期間を設ける必要があります。  
法人化等により医療機関コードが変わる場合など、業務の廃止に該当する場合は、この「指定医療機関辞退申出書」ではなく、「指定医療機関休止等届出書」の記載が必要となります。  
指定医療機関指定通知書(原本)を添付してください。