

指定医辞退届

申出日 年 月 日

(宛先)京都市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

申出者

| | | | |
|----------------------------|--------------|---|--|
| 指定医氏名 | | | |
| 指定医番号 | | | |
| 連絡先 | 〒 (電話番号) | | |
| 主として指定 難病の診断を 行う医療機関 | 医療機関名 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |
| | 担当する 診療科 | | |

| | |
|-------|-------|
| 辞退年月日 | 年 月 日 |
| 辞退理由 | |