

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	