第22号様式

難病医療指定医療機関辞退届出書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

開設者

住　所　〒

氏　名

TEL（　　　　）　　　　－

　　　（※法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名）

下記のとおり、難病医療指定医療機関を辞退したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４４条第１項の規定により届け出ます。

記

１　所　在　地

２　名　　　称

３　辞退年月日

４　辞退の理由

※　辞退年月日は、１月以上の予告期間を見込んでください。