第17号様式

指定医指定辞退届

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

指定医番号

指定医氏名

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 連　絡　先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主たる勤務先の  医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診　療　科 |  |
| 辞退理由 |  | |