様式６

難病指定医療機関辞退届

　　　年　　　　月　　　　日

　福島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　指定医療機関　　名称

　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり指定医療機関の指定を辞退します。

記

１　辞退年月日

　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

２　辞退の理由

※　辞退年月日は、届出日から１か月以上の予告期間があること。