

様式 7

指定医療機関辞退申出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	コ ー ド ※	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所（法人の場合は所在地）</p> <p>氏 名（法人の場合は名称 及び代表者の職氏名）</p> <p>電話番号</p> <p>奈良県知事 殿</p>		

※ コード欄については、病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記入してください。