

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

京都府知事 様

指定医番号

医 師 氏 名

印

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。

指定医氏名		
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		