

様式 4

難病指定医療機関辞退届出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

〒

開設者住所

氏名

電話

指定医療機関番号	
指定医療機関の名称	
指定医療機関の所在地	
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	

(備考)

辞退年月日は1か月以上の予告期間を見込むこと。