

様式第 6 号

難病指定医辞退届

年 月 日

宮崎県知事 殿

指定医番号

医 師 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。

指定医氏名		
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		