

様式 8

指定医療機関辞退届

保険医療機関	名称	
	所在地	〒
	医療機関コード	
開設者 (代表者)	住所	〒
	氏名又は名称	
辞退理由		
辞退年月日	年 月 日	
<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（平成26年法律第50号）第20条の規定により指定医療機関の指定を辞退します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>		

※ 辞退年月日は、届出日より1ヶ月以上経過した日であること。

※「医療機関コード」欄には、薬局の場合には薬局コード、指定訪問介護事業者等の場合には、訪問看護ステーションコードを記載すること。