

(様式第7号)

## 小児慢性特定疾病指定医 辞退届

年 月 日

神戸市長 あて

(申請者)

住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_

(指定医との続柄 )

(連絡先 ☎ )

児童福祉法第19条の3第2項に規定する指定医の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第7条の15に基づき届け出ます。

指定医氏名		指定医番号	
辞退の年月日	年 月 日		
辞退の理由			

(備考)

- 辞退を希望する日から60日以上予告期間を設ける必要があります。
- この届出は、①神戸市内の医療機関で医療意見書の作成を行わなくなるとき  
②その他の理由で指定医を辞退されるとき

に必要です。