辞　　　退　　　届

年　　月　　日

　長野県知事　 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　 指定医療機関の開設者（事業者）

　住　　　　所

　氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第１項の規定による医療機関の指定について、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定に基づき指定を辞退します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指　　定医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ介護保険事業者番号 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 辞退理由 |  |

〔添付書類〕指定医療機関指定通知書 又は 指定医療機関指定更新通知書の原本

（備　考）

指定訪問看護事業者等が届け出る場合は「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替え

てください。