別紙様式７

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

　下記のとおり、児童福祉法第19条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 辞　退　理　由 |  |