

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ド 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。