第１号様式の２２（第２条の１８関係）

年　　月　　日

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退届

（あて先）長崎市長

所在地又は住所
開設者等の氏名又は名称　　㊞

児童福祉法第１９条の１５の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

指定を受けた年月日	年　　月　　日
指定を辞退する年月日	年　　月　　日
指定を辞退する理由	

備考

１　指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を添付してください。

２　記名押印に代えて署名することができます。