

名称	
所在地	
電話番号	
医療機関コード	
開設者住所・ 指定訪問看護事業者住所	
開設者名称・ 代表者氏名又は名称	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	

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、同法第19条の15に基づき指定を辞退します。

年 月 日

(宛先)寝屋川市長

開設者又は指定訪問看護事業者

氏名:

(法人にあつては、名称及び代表者氏名)