指定医指定辞退申出書

第７号様式（第９条関係）

東京都知事　殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する医師の指定について、次のとおり辞退します。

申　出　日　　　　　年　　月　　日

申出者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 現　住　所 | 〒　　　- | | | |
| 指定医の種類 | 難病指定医　・　協力難病指定医  （どちらかに○を付けてください。） | | | |
| 指定医番号 |  | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |

辞退年月日　　　　　年　　月　　日

辞退の理由

|  |
| --- |
|  |

※指定医指定通知書（原本）を添付してください。

（日本工業規格Ａ列４番）