

指定医指定辞退申出書

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		メールアドレス	
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。