

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

京都府知事 様

指定医番号

医師氏名

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、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
主として指定 難病の診断を 行う医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
辞退年月日	年 月 日	
辞退理由		

(備考)

- 既に交付済みの指令書を添付。