小児慢性特定疾病指定医辞退届

　　　　　年　　　月　　　日

　　（宛先）旭川市長

指定医番号

氏　　　名

　児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定を辞退したいので，児童福祉法施行規則第７条の規定に基づき，次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退の理由 |  |