

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

開設者

住所

氏名又は名称

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、次のとおり申し出ます。

指定医療機関	所在地	
	名称	
辞退の理由		
指定を辞退する日	年 月 日	