年　　月　　日

青森県知事　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

指定医療機関の開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

指定医療機関指定辞退申出書

　指定医療機関の指定を辞退したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則

第４４条の規定により、下記のとおり申し出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 予告期間 | | 申出日から　　　　　　　　年　　月　　日まで |

注　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。