様式第６号

難病医療費助成指定医　辞退届

　　　年　　月　　日

岩手県知事　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　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主たる勤務先の  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　理　由 |  | |