

様式第7号

辞 退 届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

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		
住 所	〒 (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		