

第5号様式（第3条関係）

年 月 日

（あて先）八戸市長

指定医番号  
申出者  
氏 名

小児慢性特定疾病指定医指定辞退申出書

指定医の指定を辞退したいので、八戸市児童福祉法施行細則第3条第4項の規定により、次のとおり申し出ます。

|         |               |   |
|---------|---------------|---|
| 指 定 医   | 氏 名           |   |
|         | 住 所           | 〒 |
| 予 告 期 間 | 申出日から 年 月 日まで |   |