

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