

第9号様式（第5条関係）

年 月 日

（あて先）八戸市長

住所

指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者

氏名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者氏名）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、次のとおり申し出ます。

指定小児慢性 特定疾病医療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
予 告 期 間	申出日から 年 月 日まで	