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

（法人にあっては、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 |