

辞 退 届

宮城県知事 殿

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、次のとおり辞退します。

届 出 日 令和〇〇年××月△△日

届出者

氏 名	青葉 花子	電話番号	090-0000-0000
		メールアドレス	m-miyagi@xxx.xxx
現 住 所	〒 980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号		
指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医 (いずれかに○を付けてください。)		
指定医番号	04S0000000		
主たる勤務先 の医療機関	名 称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院	
	所在地	〒 xxx-xxxx 宮城県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	電話番号	022-000-0000	

辞退年月日 令和〇〇年××月△△日

辞退の理由

宮城県外の医療機関への異動のため

※指定医指定通知書（原本）を添付してください。