

様式第8号（第8条関係）

難病指定医（協力難病指定医）指定辞退届出書

年 月 日

(宛先)  
滋賀県知事

指定医氏名

次のとおり難病指定医（協力難病指定医）の指定を辞退したいので、届け出ます。

指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由	
現 に 診 察 を し て い る 患 者 に 対 す る 措 置	

注 標題の届出名のうち、該当する事項に○をしてください。