様式第15号（第14条関係）

指定医療機関辞退届出書

年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　開　　設　　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称および代表者氏名）

　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療機関等コード |  |
| 代表者の氏名 |  |
| 辞退の理由 |  |