

様式第7号

指定医辞退届出書

佐賀県知事 様

* 事務局使用欄 *			
(S ・ T ・ C)			

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、
下記のとおり指定を辞退します。

届出日 年 月 日

医師氏名

指定医氏名										
指定医番号	4	1								
辞退理由	年 月 日 退職 ・ 県外転出 ・ その他()									
連絡先	医療機関名: 電話番号:									

※指定医が死亡した場合にあっては、その者の親族又は診療に従事していた医療機関の管理者が届け
出てください。

《添付書類》

- 指定医指定通知書(原本)