**指定医辞退届出書**

＊事務局使用欄＊

(Ｓ・Ｔ・Ｃ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

様式第７号

佐賀県知事　様

　　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)