

西宮市 指定小児慢性特定疾病医療機関 辞退届出書

年 月 日

西 宮 市 長 様

開設者
氏名又は名称

指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

指定医療機関 名 称 : _____

辞退の理由