別紙様式４

|  |
| --- |
| 指定医療機関辞退届年　　　月　　　日　　群馬県知事　あて |
|  | 開設者・事業者の代表者 |  |
| 住所 | 〒 |
| 氏名又は名称 |  |  |
| 　　難病の患者に対する医療等に関する法律第２０条の規定に基づき下記のとおり指定を辞退します。 |
| 区分（該当するものに○） | 　１病院 | 　２診療所 | 　３保険薬局 |
| 　４指定訪問看護事業者等　（右の該当するものに○） |  | 　指定訪問看護事業者　指定居宅サービス事業者　指定介護予防サービス事業者 |  |
| コード | **1** | **０** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |  |
| 辞退の理由 |  |

※１　「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。（一番左の３桁は、医療機関：１０ １、薬局：１０４、訪問看護事業所：１０６を記入してください。）

※２　辞退年月日は、届出の日から１月以上の予告期間を設けた日としてください。