

様式第6号

辞 退 届

年 月 日

栃木県知事 様

指定医番号

医師氏名

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。

| | | |
|-----------------|--------------|---|
| 指定医氏名 | | |
| 連絡先 | 〒 (電話番号) | |
| 主たる勤務先の 医療機関 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 担当する 診療科 | |
| 辞退理由 | | |