

年 月 日

青森県知事 殿

住所

指定医療機関の開設者

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

指定医療機関指定辞退申出書

指定医療機関の指定を辞退したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、下記のとおり申し出ます。

記

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
予 告 期 間	申出日から 年 月 日まで	

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。