

様式第7号

# 辞 退 届

令和 年 月 日

長 崎 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		