

様式第6号

難病医療費助成指定医 辞退届

年 月 日

岩手県知事 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		