

様式第7号

辞 退 届

年 月 日

あて先）秋田県知事

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			

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。