様式第７号

西宮市　指定小児慢性特定疾病医療機関　辞退届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　西　宮　市　長　様  開設者  氏名又は名称  　　指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。  記  指定医療機関　名　称　　： | |  |
| 辞退の理由 |  |