

辞 退 届

年 月 日

長野県知事 殿

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 (該当するものに ○)	1. 難病指定医の要件（研修要件から専門医要件または専門医要件から研修要件）の変更のため。 2. 指定医区分（協力難病指定医から難病指定医又は難病指定医から協力難病指定医）の変更のため。 3. 主たる勤務先が長野県外となるため。 4. その他（)	

1. 辞退届には、指定通知書（原本）を添付してください。
2. 辞退理由が1又は2の場合には、新たに指定申請書を提出してください。
3. 辞退理由が3の場合には、主たる勤務先の医療機関所在地の都道府県等に、新たに指定申請を行ってください。