様式第１０号（第１条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定医辞退申出書  年　　月　　日  （宛先）  埼玉県知事 | | | |
|  | | 指定医名 |  |
| 指定医番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第２０条第１項の規定により、指定医の指定を  辞退したいので申し出ます。 | | | |
| 指定医の種類  （該当する場合は○） | 難病指定医　　　・　　　協力難病指定医 | | |
| 辞 退 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 辞 退 の 理 由 |  | | |