様式３

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部健康推進課長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名： |  |
| 開　設　者： |  |

【事務担当】

|  |  |
| --- | --- |
| 部 署 名： |  |
| 担当者名： |  |
| 連 絡 先： |  |

難病医療協力医療機関「辞退」届出書

　下記のとおり、難病医療協力医療機関の登録を辞退します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録辞退の理由 |  |

　※「難病指定医療機関指定辞退届出書」をご提出いただいている場合は、こちらの届出書の提出は

不要です。（「難病指定医療機関指定辞退届出書」の提出をもって、「難病医療協力医療機関」の

登録を解除いたします。）

　※「難病指定医療機関」の指定を維持し、「難病医療協力医療機関」を辞退される場合のみ、こちらの

届出書の提出をお願いいたします。