

第1号様式の24（その2）（第1条の23関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退申出書（薬局）

保険薬局	名称	
	所在地	
	医療機関コード	
開設者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
辞退の理由		
辞退年月日		年 月 日
<p>児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p>郡山市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申出者 住所又は所在地 氏名又は名称 及び代表者氏名 電話番号</p>		