　　年　　月　　日

沖　縄　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者（管理者）　　　　　　　　　　印

指定小児慢性特定疾病医療機関廃止届

　　　年　　月　　日付通知を受けた指定医療機関を下記のとおり廃止します。

記

　１　廃止しようとする年月日　　　　　　年　　月　　日

　２　廃止の理由