様式第32号

第　　　　　号

年　　月　　日

　(宛先)

開設者又は事業者

住所

氏名

指定自立支援医療機関辞退申出書

　指定自立支援医療機関の辞退について，下記のとおり申し出ます。

記

　1　指定自立支援医療機関の名称

　2　担当すべき医療の種類

　3　指定年月日　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　4　辞退の理由

　5　辞退の年月日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日