様式第16号

　年　　　月　　　日

福　岡　市　長　様

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　主として担当する医師又は薬剤師の氏名又は管理者氏名

４　指定年月日　　　　　　年　　月　　日

５　辞退の理由

６　辞退の年月日　　　　　年　　月　　日