

保 險 医 療 機 関 辞 退 申 出 書  
保 險 薬 局

|                   |          |        |  |
|-------------------|----------|--------|--|
| 医療機関（薬局）コード       |          |        |  |
| 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局 | 名 称      | (フリガナ) |  |
|                   |          | (法人名)  |  |
|                   | 所 在 地    | (フリガナ) |  |
|                   |          | (機関名)  |  |
| 〒                 |          |        |  |
| 辞退希望年月日及び辞退の事由    | 平成 年 月 日 | 事由     |  |

指定登録に関する省令第10条により申出ます。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

関東信越厚生局長 殿

印