

医療機関（薬局）コード		保 険 医 療 機 関 保 險 薬 局 辞 退 申 出 書		
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

四国厚生支局長 殿

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)

印

(連絡先電話番号      -      -      )

(注) 辞退日後に保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を送付願います。