

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

東北厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地 〒 —

保険医療機関
又は保険薬局 名 称

開設者（法人の場合は、法人名及び代表者名）

㊞

電話番号（ ） —

1. 施設基準辞退項目 []

2. 受 理 番 号 () 第 号

3. 算 定 年 月 日 平成 年 月 日

4. 辞 退 理 由

[平成27年3月31日までの経過措置を満たさないため]

5. 辞 退 年 月 日 平成 27 年 4 月 1 日

【記載上の注意】 届出書は、正副2通を提出してください。