

保 険 医 療 機 関
保 險 薬 局
生活保護法指定医療機関

辞 退 申 出 書

| | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------|--------------------------|
| 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) | | | | |
| | | (フリガナ) | | | | |
| | | (機関名) | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | — | | | | |
| 辞退希望年月日及び辞退の事由 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 事 由 | |
| 生活保護法の 指定医療機関の 届出関係(※) | 生活保護法の指定医療機関の 辞退の届出を併せて行う | <input type="checkbox"/> | 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9 号まで(指定欠格事由)に該当しない旨の誓約 | <input type="checkbox"/> | 国の開設した医療機関 | <input type="checkbox"/> |

(※)は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。

指定登録に関する省令第10条により申出ます。

令和 年 月 日

中国四国厚生局長 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)

〒

電話 — —