

保 險 医 療 機 関  
保 險 薬 局 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)	
	所 在 地	(フリガナ)	
		(機関名)	
	〒 -	電話 - -	
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

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 - -

印