

施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

中国四国厚生局長 殿

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

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称

開設者名

1 施設基準辞退項目 []

2 受理番号 () 第 号

3 算定開始年月日 平成・令和 年 月 日

4 辞退理由 []

5 算定辞退年月日 令和 年 月 日

※ 受理番号、算定開始年月日が不明の場合は、空欄でも差し支えありません。