

施設基準等届出辞退申出書

下記の施設基準に係る届出について、次のとおり辞退します。

記

※ 施設基準等の名称

受理番号 () 第 号
辞退年月日 令和 年 月 日
辞退の理由

※ 施設基準等の名称

受理番号 () 第 号
辞退年月日 令和 年 月 日
辞退の理由

※ 施設基準等の名称

受理番号 () 第 号
辞退年月日 令和 年 月 日
辞退の理由

保険医療機関 コード
所在地
名称

開設者名

北海道厚生局長 様

令和 年 月 日 提出 (担当者名)

(連絡先電話番号)

【辞退届の記載にあたっての注意事項】

○辞退年月日は1日付けとしてください。

(1)月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準を満たさなくなった場合
→事実発生日の属する月の翌月1日

(2)月単位で算出する数値を用いた要件である施設基準を満たさなくなった場合
→事実発生日の属する月の翌々月1日

○受理番号が不明な場合は、空欄で構いません。