

保険医療機関
保険薬局

辞 退 申 出 書

送付先 〒060-0807
札幌市北区北7条西2丁目15-1
野村不動産札幌ビル2階
厚生労働省 北海道厚生局

保険医療機関 又は保険薬局	名 称	
	所 在 地	
	保険医療機関・薬局コード	
辞 退 年 月 日	平成 年 月 日	
辞 退 事 由		

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

北海道厚生局長 様

開設者の

住 所

氏 名

電 話 番 号

〒

印

(注) 辞退年月日は、申出年月日の翌日より1ヶ月以上経過後の年月日を記載してください。