

# 施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

医療機関コード	
---------	--

所在地

保険医療機関 名称

開設者

連絡先 担当者： 電話番号：
----------------------

1. 施設基準辞退項目

2. 受理番号 ( ) 第 号

3. 算定開始年月日 年 月 日

4. 辞退理由

5. 算定辞退年月日 年 月 日