

医療機関（薬局）コード	
-------------	--

保険医療機関
保険薬局

辞退申出書

病院・診療所・薬局	名 称	(フリガナ)	
		(法人名)	
		(フリガナ)	
		(機関名)	
	所在 地	〒	
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

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)

関東信越厚生局長 殿

印