

保 險 医 療 機 関
保 險 薬 局 辞 退 申 出 書

医療機関（薬局）コード			
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)	
		(法人名)	
	所 在 地	(フリガナ)	
		(機関名)	
	〒		
辞退希望年月日及び辞退の事由	令和 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。

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

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)