

施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

殿

医療機関コード	
---------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

1. 施設基準辞退項目
2. 受 理 番 号 () 第 号
3. 算定開始年月日 平成・令和 年 月 日
4. 辞 退 理 由 (具体的に記載してください。【例】〇月〇日付けで理学療法士が退職したため)
5. 算定辞退年月日 平成・令和 年 月 日