

# 施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

近畿厚生局長 殿

医療機関コード	
---------	--

所在地

保険医療機関 名称

開設者

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

※ 受理番号、算定開始年月日が不明の場合は、空欄でも差し支えありません。

連絡先  担当者氏名： 電話番号：
----------------------------