

施設基準に係る辞退届

平成 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 印  
(法人の場合は法人印を押してください)

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      年      月      日
4. 辞 退 理 由
5. 算定辞退年月日      平成      年      月      日