

# 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】○月○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