

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

開設者の住所及び氏名

住所

氏名

指定通院医療機関の指定辞退届出書

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」第 17 条の規定に基づき、下記のとおり指定を辞退いたします。

記

1. 指定を辞退する
指定医療機関名
2. 指定年月日及び
指 定 番 号
3. 指定辞退年月日
4. 指定辞退の理由