

施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

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

5. 算定辞退年月日 平成 ・ 令和 年 月 日