

施設基準に係る辞退届

令和 年 月 日

東北厚生局長 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
又は保険薬局 名称

開設者（法人の場合は、法人名及び代表者名）

電話番号（ ） —

1. 施設基準辞退項目 []

2. 受理番号 () 第 号

3. 算定年月日 平成・令和 年 月 日

4. 辞退理由

[]

5. 辞退年月日 令和 年 月 日

【記載上の注意】 届出書は正本1通のみ提出してください。
なお、正本のコピー等を控えとして保存してください。