施設基準に係る辞退届

令和　　年　　月　　日

東北厚生局長　殿

医療機関の

所在地及び名称

開　設　者　名

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　　令和　　年　　月　　日

* 受理番号、算定開始年月日が不明の場合は、空欄でも差し支えありません。