

医療機関(薬局)コード

保 險 医 療 機 関 指 定 辞 退 申 出 書
保 險 医 療 薬 局

(フリガナ)

TEL () -

名 称

FAX () -

病院・診療所・薬局

所 在 地

〒 -
県

辞退予定年月日及び辞退の事由

平成 年 月 日

辞退の事由

上記のとおり申し出ます。

開設者の氏名及び住所(法人の場合は、名称(フリガナ)、代表者の職氏名(フリガナ)及び主たる事務所の所在地)

平成 年 月 日

(住所) 〒 -

東北厚生局長 殿

(氏名)

印

TEL () -

FAX () -

担当者名

TEL

()

-