

(別紙 15)

D P C 準備病院辞退届

1. 辞退年月日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2. 辞退理由

<input type="checkbox"/> データ作成のための人員が確保できなかったため。
<input type="checkbox"/> データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。
<input type="checkbox"/> D P C 制度への参加を予定しなくなったため。
<input type="checkbox"/> その他 ()

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿