

(別紙15)

D P C 準備病院辞退届

1. 辞退年月日

| |
|----------|
| 令和 年 月 日 |
|----------|

2. 辞退理由

| |
|--|
| <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> D P C 制度への参加を予定しなくなったため。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
|--|

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

令和 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

(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