# （別紙15）

**ＤＰＣ準備病院辞退届**

１．辞退年月日

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

２．辞退理由

|  |
| --- |
| □　データ作成のための人員が確保できなかったため。  　□　データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。  　□　ＤＰＣ制度への参加を予定しなくなったため。  　□　その他（ ） |

当院は、上記理由により、ＤＰＣ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