

保 険 医 療 機 関  
保 險 薬 局 指 定 辞 退 申 出 書

医療機関（薬局）コード				
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局	名 称	(フリガナ)		
	所 在 地	〒		
辞退希望年月日及び辞退の事由 ※ 申出日の翌日から 1 ヶ月以上の予告期間を設けること。	平成 年 月 日	事由		

指定登録に関する省令第10条により申し出ます。

平成 年 月 日

東海北陸厚生局長 殿

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

印

電話番号 ( )