指定自立支援医療機関辞退申出書

年　　月　　日

大分市長　　　　　殿

指定医療機関の開設者

住所（所在地）

氏名（名　称）

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、次のとおり届出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 | 名　　　　称 |  |
| 所　 在　 地 |  |
| 開 設 者 | 住　　　　所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 担当している自立支援医療の種類 | | １．育成医療　　　　２．更生医療 |
| 辞 退 年 月 日 | | 年　　　月　　　日 |
| 辞 退 の 理 由 | |  |