

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退届

指定自立支援 医療機関	医療機関コード	
	ふりがな 名 称	
	所在地	( - )
	電話番号	
辞退年月日		年 月 日
辞退理由		
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を辞退したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関開設者 住 所 氏名又は名称</p> <p>浜松市長</p>		