

(あて先)浜松市長

住所
(所在地)

申出者

氏名
(名称及び代表者氏名)
(署名又は記名押印をしてください。)

指定自立支援医療機関辞退申出書

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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条の規定により、次のとおり申し出ます。

記

指定自立支援 医療機関	名称			
	所在地			
	担当者名		電話番号	
指定を受けた年月日	年 月 日			
指定を辞退する年月日	年 月 日			
指定を辞退する理由				

※ 1ヶ月以上の予告期間を設けて指定を辞退することができます。