

指定自立支援医療機関指定辞退届

年 月 日

兵庫県知事様

医療機関 所在地
名称
開設者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
電話（ ） —
電子メール

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

自立支援医療の種類

育成医療 ・ 更生医療

辞退の理由