発熱等外来対応医療機関指定辞退届

発熱等外来対応医療機関の指定を受けましたが、以下の理由により辞退することとしましたので届出します。

１．辞退日　　令和　　年　　月　　日

２．辞退理由

|  |
| --- |
| （理由） |

※指定通知書を同封下さい。

届出日　　令和　年　月　日

住所

医療機関名

代表者の職・氏名

連絡先（TEL）

（E-mail）