

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

特定自立支援 医療機関	名 称	医療法人〇〇会 △△病院
	所 在 地	山形市〇〇町△△ 1-1
開 設 者	住 所	山形市〇〇町△△ 1-1
	氏名又は名称	医療法人〇〇会 理事長 山形 太郎
指定を辞退する年月日	〇〇年 〇月 〇日	
辞退する担当医療の種類	腎臓に関する医療	
指 定 区 分	育成医療・更生医療	
辞 退 す る 理 由	指定自立支援医療機関の指定基準を満たす担当医が不在のため。	
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p>〇〇年 〇月 〇日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所 山形市〇〇町△△ 1-1</p> <p>氏名又は名称 医療法人〇〇会 理事長 山形 太郎</p> <p>(宛先) 山形市長</p>		

- 備考 1 「辞退する担当医療の種類」欄は、病院又は診療所の場合に記載すること。
- 2 該当する項目を○で囲むこと。

指定自立支援医療機関指定辞退申出書

特定自立支援 医療機関	名 称	株式会社〇〇薬局△△店
	所 在 地	山形市〇〇町△一△
開 設 者	住 所	山形市△△町□一□
	氏名又は名称	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇
指定を辞退する年月日	〇〇年 〇月 〇日	
辞退する担当医療の種類	(薬局の場合は記載不要)	
担当している医療の種類	育成医療 ・ 更生医療	
辞 退 す る 理 由	管理薬剤師の経験年数が指定自立支援医療機関の指定基準を満たさないため。	
<p>指定自立支援医療機関としての指定を辞退しますので、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規則第64条の規定により、上記のとおり申し出ます。</p> <p>〇〇年 〇月 〇日          開 設 者          住 所 山形市△△町□一□          氏名又は名称 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇          (宛先) 山形市長</p>		

管理薬剤師が変更になった日を記入してください。

- 備考 1 「辞退する担当医療の種類」欄は、病院又は診療所の場合に記載すること。  
 2 該当する項目を○で囲むこと。