

指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

倉敷市長様

届出者	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	

次の医療機関について、令和 年 月 日をもって指定医療機関としての指定を辞退したいので届け出ます。

病院若しくは診療所又は薬局	所在地	
	名称	

(添付書類)

- ・医療機関指定書