

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関 指定辞退届書

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定医療機関	医療機関コード	
	名 称	
	所 在 地	
辞 退 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

年 月 日

長崎県知事様

申 請 者  
(開設者)

住 所  
(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

氏 名  
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(裏 面)

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。  
指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。
- 2 指定医療機関の「医療機関コード」は、保険医療機関番号又は訪問看護ステーションコードを算用数字で記載してください。
- 3 指定医療機関の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を記載してください。
- 4 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名称とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記入例

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関 指定辞退届書

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名 称	江戸クリニック
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号
辞 退 年 月 日		令和 元 年 10 月 1 日
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。

年 月

提出日

長崎県知事様

申請者  
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

医療法人 江戸クリニック

氏名 理事長 江戸 太郎

(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)