

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退申出書

医療機関等	名 称						
	所 在 地	〒					
		電話 ()					
	医療機関コード						
開 設 者	氏名又は名称						
	住 所	〒					
		電話 ()					
医療機関の種類 (該当に○印)	病院又は診療所 ・ 薬 局 ・ 訪問看護事業者等						
指定辞退年月日		年 月 日					
理 由							
<p>上記のとおり、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条の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を辞退することを申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>							

※指定の辞退は、申出日の翌日から1か月以上の予告期間が必要。