

様式第9号

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定辞退申出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 ー TEL ()
指 定 年 月 日		
予 告 期 間 の 終 了 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		
上記のとおり辞退したいので、障害者総合支援法第65条の規定により申し出ます。 年 月 日 開設者 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあつては、名称及び代表者氏名) 印 熊本市長 様		

備考

- 1 「指定医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
- 2 辞退年月日の1か月前までに申し出ること。
- 3 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。