

様式9

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退申出書

指定医療 機関	所在地	
	名称	
指定年月日		
担当している医療の種類		
主として担当している医師、 歯科医師、薬剤師		
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（平成17年法律第123号）第65条の規定により申し出ます。		
令和 年 月 日		
開設者 住 所 職名及び氏名 〔 法人にあつては名称、 代表者の職名及び氏名 〕		
熊本市長様		