外来対応医療機関指定解除申出書

令和　年（　　　年）　月　　日

　熊本県知事　　　　　　　様

　　 （医療機関名）

（所在地）

　令和　年（　　　　年）　　月　　日付けで外来対応医療機関（診療・検査医療機関）の指定を受けておりますが、この度、下記により解除を申し出ます。

記

１　解除申出理由

２　指定解除を希望する日