

指定医療機関辞退届

年 月 日

群馬県知事 へ

開設者・事業者の代表者

住 所 〒

氏名又は名称

難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定に基づき下記のとおり指定を辞退します。

区 分 (該当するものに○)	1 病院 2 診療所 3 保険薬局 4 指定訪問看護事業者等 (右の該当するものに○)	[指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者]
コ ー ド	1 0	
指定医療機関の名称		
所 在 地		
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		

※1 「コード」欄について、病院又は診療所の場合は医療機関コード、保険薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。(一番左の3桁は、医療機関：101、薬局：104、訪問看護事業所：106を記入してください。)

※2 辞退年月日は、届出の日から1月以上の予告期間を設けた日としてください。