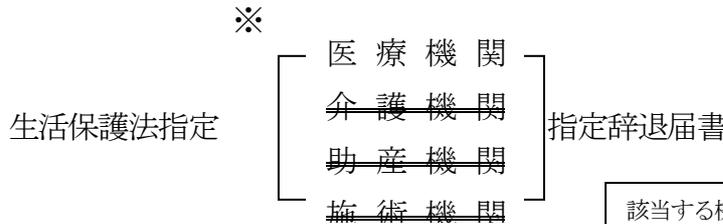


(記載例) (辞退届)



該当する機関を選択し、不要な項目は二重線で抹消してください。

年月日の表記は元号表記でも西暦表記いづれでも結構です。

次のとおり生活保護法による指定を辞退します。

指 定 等	指 定 番 号	1234
	名 称 (氏名)	みきゃんクリニック
	所 在 地 (住所)	松山市一番町四丁目4-2
辞 退 年 月 日		令 和 元 年 1 0 月 3 1 日
委 託 患 者 状 等 況	他院に紹介済み。	

指定を受けた際に通知する指定番号、医療機関は病院等の名称、助産師及び施術者は個人の氏名及び住所を記入してください。

委託患者の措置状況については、変更がないときも含めて、必ず記入するようにしてください。

辞退は30日以上の予告期間を設けて行うことができます (法第51条)。

令和元年10月 1日

愛媛県知事 様

〒790-8570

住所 松山市一番町4丁目4-2
医療法人愛媛会
氏名 理事長 愛媛 健一

開設者が法人の場合は、法人の主たる所在地、法人名、代表者職氏名を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の住所、氏名を記載してください。

申請者