

様式第16号（第3条関係） 指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）指定辞退申出書

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・精神通院医療）指定辞退申出書		
令和 年 月 日		
愛媛県知事 中村 時広 様		
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 指定自立支援医療機関の開設者（事業者） 氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）		
指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
辞 退 年 月 日		年 月 日
理 由		
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

- 注1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
- 2 不要の文字は、抹消すること。
- 3 指定自立支援医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者にあつては、当該指定に係る訪問看護事業又は居宅サービス事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。
- 4 「委託患者の措置状況」の欄は、既に行ったこと及びこれから行おうとしていることを記載すること。
- 5 この書類は、指定辞退日の1月以上前に提出すること。