児童福祉法施行規則第１９条の１５の規定による

指定医療機関　辞退申出書

次のとおり指定医療機関を辞退したいので申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関コード |  |
| 所在地 | 〒☎（　　　　　　）　　　　－　　　　　　　 |
| 辞退予定年月日 |  |
| 辞退の理由 |  |

※直近の指定通知書を添付してください。

※辞退を予定する日の１月前までに提出してください。

　　　年　　　月　　　日

（あて先）

松江市・島根県共同設置

松江保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　氏　　名