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