指定医療機関辞退届出書

　　年　　月　　日

（あて先）

　　川　越　市　長

　　　　　　　　　　指定医療機関　開設者

住　所

開設者名

電話

 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定医療機関について、辞退しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 辞退年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 委託患者等の措置状況 |  |

指定医療機関辞退届出書

**記入例**

●●年●●月●●日

（あて先）

　　川　越　市　長

　　　　　　　　　　指定医療機関　開設者

開設者が法人の場合には、法人の主たる住所地、法人名、代表者職・氏名を、開設者が個人の場合には、開設者本人の住所及び氏名を記入してください。

住　所　〒３５０－８６０１

川越市元町１－３－１

　　　　　医療法人川越会

開設者名　理事長　川越　太郎

電話　　　０４９－●●●―●●●●

 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定医療機関について、辞退しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 | 川越クリニック |
| 医療機関コード | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 辞退年月日 | ●●年●●月●●日 |
| 委託患者等の措置状況 | 現在委託を受けている患者はいません。申請日から３０日以上の予告期間を設けてください |