

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 辞退届
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	TEL
開 設 者	住 所	TEL
	氏名又は名称	
担当している医療の種類		
辞 退 年 月 日		
理 由		

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第64条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を辞退することを申し出ます。

年 月 日

開 設 者

住 所

氏名又は名称

徳 島 県 知 事 殿

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 辞退届
（薬局）

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	TEL
開 設 者	住 所	TEL
	氏名又は名称	
辞 退 年 月 日		
理 由		

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第64条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を辞退することを申し出ます。

年 月 日

開 設 者

住 所

氏名又は名称

徳 島 県 知 事 殿

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 辞退届
（指定訪問看護事業者等）

訪問看護 ステーション 等	名 称	
	所 在 地	TEL
指定居宅サービ ス事業者・指定 訪問看護事業者	住 所	TEL
	氏名又は名称	
辞 退 年 月 日		
理 由		
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第64条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を辞退することを申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p style="text-align: center;">徳 島 県 知 事 殿</p>		