

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指定

※

医療機関
 助産師
 施術者

指定辞退届書

次のとおり指定を辞退します。

指定医療機関等	医療機関・薬局・ステーションコード	
	名称（氏名）	
	所在地（住所）	〒 TEL
辞 退 年 月 日	年 月 日	
委託患者等の措置状況		

年 月 日

千葉県知事様

届出者 住所
 氏名

担当者連絡先：

担当者名：

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事（指定都市等市長）あてに直接、提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等が指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。
指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産所又は施術所を開設している助産婦又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。医師若しくは歯科医師又は助産所若しくは施術所を開設していない助産婦若しくは施術者が届け出る場合には、番号、辞退年月日及び委託患者等の措置状況を記載してください。
- 2 ※印の（ ）内は、不要箇所を一で消してください。
- 3 指定医療機関等の名称（氏名）は、略式等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 4 委託患者等の措置状況は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の役職名、氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。