

指定自立支援医療機関（精神通院医療）辞退申出書

医 療 機 関	名 称	〇〇クリニック [医療機関コード（7桁）：〇〇〇〇〇〇〇〇]
	所 在 地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 [電話番号： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇]
辞 退 年 月 日		(元号) 〇年〇月〇日
辞 退 の 理 由		〇〇〇〇〇のため
辞 退 する 旨 の 予 告 期 間		(元号) 〇年〇月〇日から (〇〇) 日間
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規則第64条の規定により申し出ます。 (元号) 〇年〇月〇日		
開設者(代表者) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 氏 名 医療法人〇〇〇 理事長 県庁 〇〇〇 栃木県知事 様		

「辞退年月日」から1ヶ月以上の予告期間を設けること

例) 辞退年月日 : 6月1日
辞退する旨の予告期間: 5月1日から(31)日間
辞退申出書の提出期限: 4月20日(当日消印有効)

法人の本社所在地

法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名