（　表　面　）

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に基づく指定医療機関　　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 | 医療機関コード  （事業所番号） |  |
| 名称 | 電話　　　（　　　） |
| 所在地 | 〒 |
| 辞退年月日 | | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 | |  |
| 委託患者等の措置状況 |  | |

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　群馬県知事様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　届出者（開設者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　（印）

（　裏　面　）

注意事項

１　この書類は、指定医療機関の所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

２　この書類は、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。

記載事項

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。

訪問看護事業者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ごとに記載してください。

２　「医療機関コード｣は、健康保険法に基づく保険医療機関としての医療機関コードを記載してください。訪問看護ステーションの場合は、介護保険法に基づく事業所番号を記載してください。

４　｢名称｣は、略称を用いることなく、医療法等による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。なお、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、名称の後に「（診療所）」と記載してください。

５　「届出者（開設者）」は、開設者が法人の場合には、法人の名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。　※押印は不要です。