様式３

救急医療｛告示・協力｝｛病院・診療所｝の申出撤回届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

群馬県知事　山本 一太　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

（開設者が死亡により不在の場合は相続人）

電話番号

　救急医療｛告示・協力｝｛病院・診療所｝の申出を下記の理由により撤回します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 開設者 |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 事実の発生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 理由 |  |
|