様式第17号（規格Ａ４）（第16条関係）

指定自立支援医療機関辞退申出書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

医療機関の名称

所　在　地

開設者の氏名又は名称

　　次のとおり、障害者総合支援法施行規則第64条の規定により申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当する医療の種類 |  |
| 辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 |  |