

指定自立支援医療機関(精神通院医療)辞退申出書

年 月 日

山口県知事様

郵便番号 〒

申出者住所

氏名

電話 () 局 番

下記のとおり指定自立支援医療機関(精神通院医療)の指定を辞退したいので、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第65条の規定により申し出ます。

記

指定自立支援 医療機関 (精神通院医療)	名称	
	所在地	〒
辞退予定年月日	年 月 日	
辞退の理由		

注 申出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。