様式６

指定医療機関辞退届出書

年　　月　　日

　　　（宛先）札幌市長

　　　　　　開設者又は指定訪問看護事業者

住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　 氏名（名称及び代表者氏名）

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定を辞退する保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション | 名称 |  |
| 所在地 | 〒  （電話　　　　　　　　　　） |
| 医療機関コード |  |
| 指定を受けた年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 指定を辞退  する理由 |  | |
| 現に受診している者に  対する措置 |  | |

注　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。