

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退申出書

医療機関等	名 称	<p>〇〇病院</p> <p>(医療機関コード 〇〇-〇,〇〇〇,〇 )</p>
	所 在 地	<p>〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>堺市〇区〇〇町〇番〇号</p> <p>電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇</p>
開 設 者	住 所	<p>〒〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>堺市堺区南瓦町3番1号</p> <p>電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇</p>
	氏名又は 名 称	<p>医療法人 〇〇会</p> <p>理事長 〇〇 〇〇</p>
辞 退 年 月 日		<p>令和〇年10月1日</p> <p>※申出日から、1か月以上の予告期間を設けること</p>
理 由		<p>担当する医師が退職し、精神科診療を行わなくなったため</p>
<p>上記のとおり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施行令第40条及び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施行規則第64条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定辞退を申し出ます。</p> <p>令和〇年9月1日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所 堺市堺区南瓦町3番1号</p> <p>氏 名 医療法人 〇〇会</p> <p>理事長 〇〇 〇〇</p> <p>堺 市 長 様</p>		