

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

㊞

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 指定辞退申出書
(薬局)

下記のとおり指定自立支援医療機関の指定を辞退するので、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施行令第 40 条の規定により申し出ます。

記

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	〒
指 定 年 月 日		年 月 日
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

備考 「(育成医療・更生医療・精神通院医療)」のうち、指定を受けていない医療部分を二重線で消去すること。

医療機関コード: _____