**被爆者一般疾病医療機関辞退届**

㊺

　　　年　　　月　　　日

大阪府知事　様

開設者住所

(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者氏名

(法人の場合は名称及び代表者の役職・氏名)

　　届出者氏名

(※法人以外の場合、続柄・氏名を記入)

　　届出者連絡先

下記のとおり、被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいのでお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被爆者一般  疾病医療機関 | 名　　　称 |  |
| 保険医療機関番号  （保険薬局番号） | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |
| 所　在　地 | 〒　　　　－  ＴＥＬ（　　　　　）　　　　　－ |
| 指定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 指令番号 | | 大阪府指令　　　　　第　　　　　　　　号 |
| 辞退年月日 | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞退の理由 | |  |

(注)被爆者一般疾病医療機関指定書を添付してください。