

連絡表

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定辞退の申出書について、
照会等がある場合は、下記の連絡先までお願いします。

記

保険医療機関 又は 保険薬局 又は 訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
連 絡 先	名 称	
	担当者氏名	
	郵便番号	
	住 所	
	電 話	
	F A X	