救急業務協力辞退届

年　　月　　日

大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者住所 |  |
| 開設者氏名 |  |

この度、救急業務の協力を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| （開設者） |  |
| （管理者） |  |
| 所在地 |  |
| 辞退の理由 |  |
| 辞退年月日 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＜担当者＞ | 医療機関名（略称） |  |
|  | 住所（通知送付先） | 〒 |
|  |  |  |
|  | 所属・役職等・氏名 |  |
|  | TEL |  |