様式　３－（２）

**指定自立支援医療機関（薬局）辞退申出書**

平成　　年　　月　　日

　大阪市長　様

開設者

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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

第６５条に基づく指定の辞退について

　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第５９条第１項の規定による指定自立支援医療機関の指定について、次のとおり指定を辞退します。

記

医療機関（薬局）名称

（医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

所在地

郵便番号

住　　所

電話番号

辞退年月日　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

辞退理由

※　指定自立医療機関の辞退を行うときには、１月以上の予告期間を設けることが定められています。