

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。