

- ・生活保護法
- ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による

- 病 院
- 歯 科
- 診 療 所
- 薬 局
- 訪 問 看 護
ステーション
- そ の 他
()

指定医療機関辞退届出書

医療機関等コード -

指 定 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地 (ビル・マンション名等)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 大阪市 区 TEL () -
辞 退 年 月 日	令和 年 月 日	
委 託 患 者 の 報 告 置 情 報		

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

大阪市長 様



〈届出者（開設者）〉

〒 -

住所 _____
*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 _____ 印
*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名、代表者印

担当者氏名 _____

担当者連絡先TEL _____ - _____

注意事項

- 1 この書類は、所在地を管轄する保健福祉センター等を経由して、市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可を受けまたは届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「（診療所）」のように記載してください。標題の「医療機関の区分」は、該当する□にチェックしてください。
- 2 指定医療機関等の「所在地」は、医療法等の届け出どおりに記載してください。
- 3 「辞退年月日」は、開設者の意思により辞退する年月日を記載してください。
- 4 「委託被保護者の措置状況」は、委託被保護者がいる場合で既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。届出者（開設者）が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この書類の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。