

様式第3-(2)

指定自立支援医療機関等(精神通院医療)の指定辞退申出書

医療機関等	名 称						
	医療機関コード						
	所 在 地	(〒 -)					
開設者		電話 ()					
	住 所	(〒 -)					
		電話 ()					
	氏名または名称						
辞退する年月日		年 月 日(申出日の翌日から30日以上の日)					
理 由							
<p>上記のとおり、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施行令第40条及び同施行規則第64条の規定による指定自立支援医療機関の指定辞退を申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏名または名称</p> <p>(提出先)大阪市長</p>							