様式第６号

精神科救急医療施設指定取消通知書

年　月　日

　（病院名）管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大　阪　市　長

精神科救急医療施設（　　　　型施設）の指定を取り消します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　病院名称 |  |
| ２　病院所在地 |  |
| ３　管理者名 |  |
| ４　指定取消年月日 | 年　　月　　日 |
| ５　取消理由 |  |