

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	