

## 指 定 自 立 支 援 医 療 機 関 辞 退 届 出 書

医療機関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
担 当 医 療		
辞 退 事 由		
辞 退 年 月 日		
備 考		
<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規則 第 6 4 条の規定により指定自立支援医療機関の指定の辞退を申し出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>宮崎県知事 様</p> <p style="text-align: right;">所 在 地 名 称 開 設 者 印</p>		