

## 指定自立支援医療機関辞退届

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		

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64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。

年 月 日

岐阜県知事 様

所在地

名称

開設者