

別紙様式 8

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 辞退申出書

医 療 機 関	名 称	[医療機関コード（7桁）：]
	所 在 地	(〒 -) [電話番号：]
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		
辞 退 す る 旨 の 予 告 期 間		年 月 日から（ ）日間
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条の規定により申し出ます。 年 月 日 開設者(代表者) 住 所 氏 名 栃木県知事 様		