

様式 6

指定自立支援医療機関指定辞退届

年 月 日

尼 崎 市 長 あて

医療機関名

所在地

開設者

住 所

氏名又は名称（代表者）

（自署又は記名押印）

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

自 立 支 援 医 療 の 種 類

育成医療 ・ 更生医療

辞 退 の 理 由