様式第22号の15（第27条の６関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退届

（薬局）

（保険医療機関コード　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療  機　　関 | 名　　　称 |  | | |
| 所　在　地 |  | | |
| 開 設 者 | 住　　 　所 |  | | |
| 氏名又は名称 |  | 職名 |  |
| 薬剤師の氏名 | |  | | |
| 辞退の理由 | |  | | |
| 辞退年月日 | |  | | |
| 上記のとおり指定を辞退するので，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条の規定に基づき届け出ます。  水戸市長　様  　　　　年　　月　　日  医療機関の開設者  住所（所在地）  氏名（名称及び代表者の氏名） | | | | |