

年 月 日

久留米市長 宛て

開設者 住 所
氏 名
〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

指定自立支援医療機関辞退申出書

指定自立支援医療機関を辞退したいので、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65条の規定により、次のとおり申し出ます。

医 療 機 関 名	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
医療機関等コード	
辞 退 の 理 由	