

(別紙様式 4の3)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号
所在地
電話番号

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所（法人の場合は、法人の住所）

氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名）

印

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関等辞退届出書

次の理由により、指定医療機関等を辞退します。

1. 理由	
2. 備考	

※ 契約書の原本を添付すること。