

平成〇〇年△月□□日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号 〒862-8570
所在地 熊本県熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
電話番号 096-383-1111

医療機関の名称

○△□クリニック

医療機関の開設者

住所（法人の場合は、法人の住所）

熊本県熊本市中央区水前寺6丁目1

法人の場合、法人の代表印を押印してください。法人の場合、私印は不可。

氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名）

医療法人〇〇会 理事長 県庁 太郎

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	診断書作成医が退職し、指定医療機関としての要件を満たさなくなったため。
2. 備考	

※ 契約書の原本を添付すること。