施設基準に係る辞退届

平成　　年　　月　　日

九州厚生局長　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード  又は保険薬局コード |  |

所在地

保険医療機関　名　称

開設者　　　　　　　　　　　　㊞

（法人の場合は法人印を押してください）

１．施設基準辞退項目

２．受理番号　　（　　　）第　　　号

３．算定開始年月日　　平成　　年　　月　　日

４．辞退理由

５．算定辞退年月日　　平成　　年　　月　　日