様式８－（２）

指定自立支援医療機関辞退届書（薬局）

|  |  |
| --- | --- |
|  医療機関の名称 |  |
|  所　　在　　地 |  |
|  辞　退　理　由 |  |
|  辞退年月日 |  |

　上記のとおり指定を辞退します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

岡　山　市　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名