

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