

(様式第5号)

生活保護法指定医療機関 指定辞退届出書

次のとおり生活保護法による指定を辞退します。

指定 機 関 等	番 号	
	名 称(氏名)	
	所在地(住所)	
辞 退 年 月 日		令和 年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 医 療 サ ー ビ ス の 種 類		
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

令和 年 月 日
(宛先)

大 津 市 長

届 出 者
所在地
(住 所)
名 称
(氏 名)