

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）
指定辞退申出書（薬局）

薬 局	名 称			
	所 在 地	〒 : 住所 : TEL : FAX :		
	医療機関コード			
開 設 者	住 所	〒 : 住所 : TEL : FAX :		
	氏名又は名称			
辞退の理由		指 定	平成 年 月 日	
		辞 退	平成 年 月 日	
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定を辞退する。</p> <p>年 月 日</p> <p>(薬局の開設者) 住 所 氏名又は名称 ㊟ (薬局) 所 在 地 名 称</p> <p>奈良県知事 殿</p>				