（　表　面　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく

助産機関

施術機関

指定辞退届書

指定

　　次のとおり指定を辞退します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定施術機関等 | 番号 |  |
| 氏名 | 電話　　　（　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 辞退年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 | |  |
| 委託患者等の措置状況 |  | |

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　群馬県知事様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（　裏　面　）

注意事項

１　この書類は、助産師又は施術者の住所を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

２　この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載事項

１　助産師又は施術者が届け出る場合には、本人について記載してください。

２　※印のところは、該当するものを○で囲んでください。

３　｢番号｣は、生活保護法等に基づく指定施術機関等として指定した際に通知した指定番号を記載してください。

４　届出者は、助産師又は施術者本人としてください。　※押印は不要です。