

様式第 17 号（規格 A 4）（第 16 条関係）

指定自立支援医療機関辞退申出書

年 月 日

群馬県知事 あて

医療機関の名称

所在地

開設者の氏名又は名称

次のとおり、障害者総合支援法施行規則第 64 条の規定により申し出ます。

医療機関の名称	
所在地	
担当する医療の種類	
辞退年月日	年 月 日
辞退の理由	