

# 岡山県脳卒中医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称  
代表者氏名 印  
所 在 地  
電 話 番 号  
記 載 者 氏 名

脳卒中医療連携体制を担う医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

## 記

### 1 辞退する医療機能（該当する機能に○をしてください）

急性期 （ A ・ B ・ C ）

回復期

維持期（療養病床を有する施設等）

維持期（在宅医療）

### 2 辞退する理由