　　　　　　　　　　 　 　　　 　　　　　※

　生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定　　　　　指定辞退届書

　次のとおり指定を辞退します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指　定　医　療　機　関　等 | （フリガナ） |  | | |
| 名　　称 |  | | |
| 所 在 地 | 〒　　　－  ｔｅｌ： | | |
| (医療機関) | | (介護機関) | (助産機関・施術機関) |
|  | | **３３** |  |
| 辞 退 年 月 日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 委託患者等の  措置状況 | | |  | |

　　　　　 年　　 月　　 日

　 岡 山 県 知 事　殿

〒　　　 －

　　　　　　　　　　　　 住　所

　　　　　届出者（開設者）

　　　　　　　　　　　　 氏　名

(注1)　※印のところは、不要のものをで消してください。

(注2)　届出者（開設者）が法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人名、代表者職名及び代表者氏名を記載してください。