第八号様式（第六条）

（その二）

指定自立支援医療機関指定辞退届（精神通院医療用）

年　　月　　日

千葉県知事　　様

開設者又は事業者
住所又は所在地
氏名又は名称

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項に規定する指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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施行規則第64条の規定により、次のとおり申し出ます。

1　病院・診療所（訪問看護ステーション等・薬局）の名称及び所在地
　名　　称
　所 在 地
　電話番号

2　開設者又は事業者の住所又は所在地及び氏名又は名称
　住所又は所在地
　氏名又は名称

3　主として担当する医師(薬剤師)の氏名

4　辞退年月日及び辞退の理由　　年　　月　　日