

(別紙5)

令和〇年〇月〇日

宮崎県福祉保健部長 殿

〇〇〇〇 (医療機関名)

〇〇〇〇 (代表者職名・氏名)

診療・検査医療機関指定解除申出書

当院では、令和〇年〇月〇日付け24655-〇〇〇〇により、診療・検査医療機関の指定を受けましたが、指定を解除したいので申し出ます。

- 1 指定を受けた医療機関名
- 2 指定期間 (指定書に記載された日付)
- 3 解除を希望する日
- 4 解除の理由

( )

(問合せ先)

(担当部署) 〇〇〇 (担当者名) 〇〇〇

電話 〇〇〇

電子メールアドレス 〇〇〇