

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

殿

医療機関コード	
---------	--

所在地

保険医療機関 名称

開設者 ⑩

(法人の場合は法人印を押してください)

1. 施設基準辞退項目

2. 受理番号 () 第 号

3. 算定開始年月日 平成 年 月 日

4. 辞退理由

5. 算定辞退年月日 平成 年 月 日