

様式第 37 号（第 24 条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退申出書

年 月 日

（宛先）旭川市長

開 設 者

住 所

氏名又は名称

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、次のとおり申し出ます。

|                 |     |       |
|-----------------|-----|-------|
| 指定医療機関          | 所在地 |       |
|                 | 名称  |       |
| 辞 退 の 理 由       |     |       |
| 指 定 を 辞 退 す る 日 |     | 年 月 日 |