

(表)

生活保護法・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定 ※ (医療機関
介護機関
助産師
施術者) 指定辞退届書

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による指定を辞退したいので、届け出ます。

指 医 療 機 関 等 指 定	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
委 の 託 措 患 置 者 状 等 況		

年 月 日
滋賀県知事 様

住 所
届出者
氏 名

(裏)

- 注1 この書類は、所在地を管轄する健康福祉事務所に提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。
- 3 生活保護法または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による委託患者がいる場合には、その前後措置につき適切に配慮してください。
- 4 ※印の欄は、不要の文字を消してください。
- 5 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。