指定自立支援医療機関（精神通院医療）辞退申出書
（薬局）

<table>
<tr><td rowspan="2">保険薬局</td><td>名　　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="2">〒

電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">開設者</td><td>住　　所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名又は名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>職　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">辞退しようとする日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">辞　退　の　理　由</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり、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（平成１７年法律第１２３号）第６５条及び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令（平成１８年政令第１０号）第４０条の規定に基づき、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定辞退を申し出ます。

年　　月　　日

開　設　者
住　　所
氏名又は名称
電話番号

佐賀県知事　　様

※この申出書は、指定を辞退しようとする日の１ヶ月以上前までに提出すること。