

令和 年 月 日

大分県知事 殿

(申請医療機関) 所在地

名称

医療機関コード \_\_\_\_\_

開設者氏名  
(届出者氏名)

電話番号

### 被爆者一般疾病医療機関（薬局）の指定辞退届

下記のとおり、指定を辞退したいのでお届けします。

記

1. 辞退年月日 令和 年 月 日

2. 辞退理由 \_\_\_\_\_