

(様式3)

診療・検査医療機関指定辞退報告書

令和 年 月 日作成

医療機関名	
住所	
指定番号 ※指定書の右上の番号	2 感対第1040- 号
辞退予定日	
辞退理由	

報告者氏名	
電話番号	

※本報告は事前に（変更決定後速やかに）報告してください。

(様式3)

【記入例】

診療・検査医療機関指定辞退報告書

令和 年 月 日作成

医療機関名	〇〇クリニック
住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地
指定番号 ※指定書の右上の番号	2 感対第1040- 号
辞退予定日	〇月〇日
辞退理由	

報告者氏名	
電話番号	

※本報告は事前に（変更決定後速やかに）報告してください。