医療措置協定解除申出書

様式第８号（薬局用）

令和　年　月　日

愛知県知事　様

|  |
| --- |
| 【医療機関】 |
|  | 医療機関名 |  |
|  | 保険医療機関番号 |  |
|  | 住所 |  |
|  | 管理者氏名 |  |
|  | 開設者住所 |  |
| （開設者　法人名） |  |
| 開設者　職・氏名 |  |

令和　年　月　日付で締結した医療措置協定について、下記のとおり協定の解除を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 解除の理由 |  |
| 解除希望日 | 令和　年　月　日 |

|  |
| --- |
| 担当者 |
|  | (所属)氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |