

母体保護法設備指定辞退届

令和 年 月 日

栃木県医師会長様

医療施設住所：〒

医療施設名：

開設者氏名： 印

設備指定番号：009－ ー

母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 令和 年 月 日

(添付書類)

指定証 (紛失の場合は、紛失届を添付)