診療・検査医療機関指定（辞退）申請書

年　　月　　日

岐阜県知事　　古田　肇　　様

（申請者）

住　　　所

医療機関名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　令和2年　月　日付けで通知を受けた診療・検査医療機関の指定について、下記理由により辞退します。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　辞退理由

２　辞退年月日