指定自立支援医療機関（精神通院医療）辞退申出書
（指定訪問看護事業者等）

<table>
<tr><td rowspan="5">指定訪問看護事業者

指定居宅サービス
事業者

指定介護予防サービス
事業者</td><td colspan="2">名　　称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる事務所
の所在地</td><td>〒</td></tr>
<tr><td rowspan="3">代
表
者</td><td>住　所</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>職　名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">訪問看護ステーション等</td><td colspan="2">名　称</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">所　在　地</td><td>〒

電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">辞退しようとする日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">辞　退　の　理　由</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成１７年法律第１２３号）第６５条及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成１８年政令第１０号）第４０条の規定に基づき、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定辞退を申し出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者
指定居宅サービス事業者（訪問看護を行う者）
指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護を行う者）
所　在　地
名　　称
代　表　者
電話番号

佐賀県知事　　様

※この申出書は、指定を辞退しようとする日の１ヶ月以上前までに提出すること。