

令和 年 月 日

静岡県知事 様

医療機関名  
代表者名

発熱等診療医療機関指定辞退届

令和 年 月 日付け医疾第 号により、発熱等診療医療機関の指定を受けましたが、指定を辞退したいので、以下のとおり届け出ます。

1 指定を受けた医療機関名等

医療機関名：

医療機関住所：

2 辞退日

令和 年 月 日

3 辞退理由

【問合せ先】

担当者氏名	
電話番号	