

医療措置協定に係る解除申出書

令和 年 月 日

香川県知事 様

【医療機関、薬局、訪問看護事業所】

所在地 _____

名称 _____

管理者名※ _____

※管理者が変更した場合は、新たな管理者名を記載

開設者名※ _____

※管理者と開設者の連名で協定を締結している場合のみ記載

医療機関番号 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

メール _____

令和 年 月 日付けで締結した医療措置協定について、下記のとおり協定を解除したいので、申し出ます。

記

解除理由	
協定終了日	