

(第7号様式)

肝臓専門医療機関辞退届

年 月 日

神奈川県知事 様

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

住 所  
名 称  
（職）氏名  
電 話

肝臓専門医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

1 辞退する医療機関の名称・所在地

---

2 辞退理由

---

3 辞退年月日 年 月 日