（様式４）

令和○年○月○日

　和歌山県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者職名・氏名）○○○○

指定解除申出書

　当院では、令和〇年〇月〇日付け健第〇〇〇号により、外来対応医療機関（令和５年５月７日以前の指定の場合は、診療・検査医療機関）の指定を受けましたが、指定の解除を受けたいので申し出ます。

１　指定を受けた医療機関名

２　指定日（指定書に記載された日付）

３　解除の理由

（問合せ先）

　　　　　　　　　　　　　　（担当部署）○○○

（担当者名）○○○

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　○○○

　　　　　　　　　　　　　　　E-mail 　○○○