

医療措置協定解除申出書

令和 年 月 日

和歌山県知事 様

【医療機関】

医 療 機 関 名

保険医療機関番号

住 所

管 理 者 氏 名

令和 年 月 日付で締結した医療措置協定について、下記のとおり協定の解除を
申し出ます。

記

解除の理由	
解除希望日	令和 年 月 日

担当者

(所 属) 氏 名

電 話 番 号

メールアドレス