（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