***別記様式第９号（第14 条関係）***

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 |  |