

(様式8)

母体保護法設備指定辞退届

令和 年 月 日

茨城県医師会長 殿

所在地

医療施設名

氏名

印

指定設備番号08- -

母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 令和 年 月 日