

岡山県脳卒中医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名
印

脳卒中医療連携体制を担う医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能(該当に○をして下さい)

急性期 (A ・ B ・ C)

回復期

維持期(療養病床を有する施設等)

維持期(在宅医療)

2 辞退する理由