様式第３号

年　　　月　　　日

救　　急　　医　　療　　協　　力　　病　　院

申出撤回届出書

救急医療協力診療所

茨城県知事　　　　　　　　　　　殿

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては主たる

事務所の所在地

氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称

及　び　代　　表　　者　　の　　職　　・　　氏　　名

救急医療協力病院・診療所として救急業務に協力する旨の申し出を撤回したいので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1病院・診療所の名称 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2病院・診療所の所在地 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3撤回予定年月日 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4撤回する理由 |  |
|  |