

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 印
所 在 地
電 話 番 号
記 載 者 氏 名

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（該当する機能に○をしてください）

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