

岡山県急性心筋梗塞等の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

医療機関名
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

急性心筋梗塞等の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(該当するものに✓をして下さい)

- ☐ 急性期
- ☐ 回復期
- ☐ 再発予防
- ☐ かかりつけ

2 辞退する理由