

〔記載例〕 ①閉院のため、②人員縮小のため、協定を解除する場合

医療措置協定に係る解除申出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

香川県知事 様

【医療機関、薬局、訪問看護事業所】

所在地 高松市○○町●丁目△番□号

名称 ●●病院(△△薬局, □□訪問看護ステーション)

管理者名※ 香川 太郎

※管理者が変更した場合は、新たな管理者名を記載

開設者名※

※管理者と開設者の連名で協定を締結している場合のみ記載

医療機関番号 371999999

担当者名 四国 三郎

電話番号 ○○○-△△△-□□□□

メール aaa@bbb.ccc.ddd

令和○年○月○日付けで締結した医療措置協定について、下記のとおり協定を解除したいので、申し出ます。

記

解除理由	(パターン①) 閉院のため (パターン②) 多数の従業員の退職により、企業規模を大幅に縮小するため、協定締結した医療措置の実施が困難になったため
協定終了日	(パターン①) 令和○年○月○日 (閉院予定日) (パターン②) 令和○年○月○日