

届出日：令和 年 月 日

福岡県診療・検査医療機関の辞退届

当院は、福岡県診療・検査医療機関の指定について、下記のとおり辞退することを届け出ます。

記

1 届出者

住所：\_\_\_\_\_

医療機関名：\_\_\_\_\_

代表者氏名：\_\_\_\_\_

2 辞退の理由

( )

【提出先】

(郵送の場合)

〒812-8577

福岡県福岡市博多区東公園7-7

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局 企画2班

(メールの場合)

Email : corona-kikaku001@pref.fukuoka.lg.jp