

届出日：令和 年 月 日

福岡県外来対応医療機関の辞退届

当院は、福岡県外来対応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事務局 企画第1班

（FAXの場合）

092-643-3698

（メールの場合）

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