（様式第２号）

「大阪府発達障がいの診断等に係る医療機関ネットワーク」登録医療機関辞退申出書

　　年　　月　　日

大 阪 府 知 事　様

　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名

この度、「大阪府発達障がいの診断等に係る医療機関ネットワーク」の登録を辞退したいので、下記のとおり申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退の理由 |  |
| 辞退年月日 |  |

（担当者）所　　属

〒

　　　　　 住所（通知の送付先）

職・氏名

ＴＥＬ