

【記載例】

令和●年●月●日

石川県知事 様

開設者住所（法人の場合は所在地）

●●県●●市●●町●丁目●番地

開設者氏名（法人の場合は名称及び代表者氏名）

（法人の場合：法人名 及び 代表者の職氏名）

（個人事業主の場合：代表者名）

医療措置協定解約申出書

令和●年●月●日で締結した感染症法第36条の3に基づく医療措置協定について、下記のとおり協定の解約を申し出ます。

記

医療機関名	医療法人社団●● ●●病院
保険医療 機関番号 (10桁)	17●●●●●●●●
解約の理由	