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対策本部事務局　企画第１班

　（メールの場合）

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