

母体保護法設備指定辞退届

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者氏名 印
※署名または記名押印

指定設備番号 034 - -

年 月 日をもって
母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

理 由：
(具体的に)

【添付】

☐ 母体保護法指定医師プレート