○○発第○○号

令和　年　月　日

岩手県知事　達増　拓也　様

○○クリニック

代表者　○○　○○

外来対応医療機関指定解除申出書

このことについて、下記のとおり解除を申し出ます。

記

１　医療機関名

○○

２　所在地

○○

３　解除の理由

○○

４　解除日

令和○年○月○日