**岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関辞退届**

　　年　　月　　日

岡山県知事　　　　殿

 医療機関名

 代表者氏名　　　　　　　　　　印

 所 在 地

 電話番号

 記載者氏名

　　急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関を辞退したいので、次のとおり

　届け出ます。

記

１　辞退する医療機能(該当するものに✓をして下さい）

　　 □　急性期

　　 □　回復期

　　 □　再発予防

　　 □　かかりつけ

２　辞退する理由