医療措置協定解除申出書

令和 年 月 日

山形県知事　　殿

所在地

医療機関名

管理者名

令和　年　月　日付けで締結した医療措置協定について、下記のとおり協定を解除したいので、申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 解除の理由 |  |
| 協定終了日 | 令和　　年　　月　　日 |