

診療・検査医療機関 辞退届

島根県知事様

所在地
医療機関名
担当者氏名
電話番号

診療・検査医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 指定を受けた医療機関名
- 2 指定日（指定通知書に記載された日付）
- 3 辞退する理由

●今後の相談・外来診療体制の確保のため、以下の質問にもお答えください。

【問1】 指定解除後も発熱患者等の診療・検査（新型コロナ）を行いますか？

行う ・ 行わない （いずれかに○）

【問2】（問1で「行う」とした場合）引き続き、県の健康相談コールセンターの医療機関リストへ貴院を掲載することについて、御了承いただけますか？

了承する ・ 了承しない （いずれかに○）

※問2で「了承する」と回答いただいた場合は、指定解除後もコールセンターでこれまでと同様の御案内をさせていただきます。相談された方々がスムーズに受診できるよう、できる限りリスト掲載に御協力ください。