様式第３号（第８条関係）

第　　　号

年　　月　　日

（病院名）管理者 様

福岡県知事

福岡県災害拠点精神科病院指定取消通知書

令和　　年　　月　　日付　　第　　　号による福岡県災害拠点精神科病院の指定について、福岡県災害拠点精神科病院指定要綱第８条第１項の規定により下記のとおり取り消す。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　病 院 名 称 |  |
| ２　病院所在地 |  |
| ３　管 理 者 名 |  |
| ４　指定取消年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ５　取 消 理 由 |  |