**審査・管理料の返金依頼書**

○○○○年○○月○○日

一般社団法人　画像診断管理認証機構　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼施設名：

以下の理由により、貴機構の認証を取り下げさせていただきます。

【**取り下げの認証項目**】

[ ] MRI安全管理に関する事項

【**取り下げ理由**】

1. [ ] 病院の統廃合・閉院
2. [ ] 常勤医師の異動・退職
3. [ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【**取り下げ年月日**】（厚生局へ取り下げの日付をご記入ください）

 ○○○○年○○月○○日

【**返金口座**】

銀行名：

支店名：

預金種別：

口座番号：

口座名義：

※振込手数料につきましては、当施設で負担いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者：

所属：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：