

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

病院、診療所
または薬局の 所在地

病院、診療所
または薬局の 名称

病院、診療所
または薬局の 開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所
または薬局の 開設者氏名
(法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)

年 月 日をもって結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 38 条第 8 項の規定に基づ
きお届けします。

記

1 指定年月日 年 月 日

2 指定番号 第 号

3 辞退する理由

※指定書を添付して、当該医療機関の所在を管轄する保健所に提出してください。