

# 結核指定医療機関辞退届

神戸市保健所長 あて

年 月 日指定 号による結核指定医療機関の指定を辞退したいので、感染症法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項の規定により届けます。

令和 年 月 日

辞退理由

指定医療機関の所在地 〒

☎ ( )

フリガナ  
指定医療機関の名称

指定医療機関診療科目

指定医療機関の開設者の住所  
(法人の場合は法人の所在地)

指定医療機関の開設者の氏名  
(法人の場合は法人の名称及び代表者の名前)

㊞

※各保健福祉部記入欄

|  |     |
|--|-----|
| 受付(辞退)年月日、または受付日以降で医療機関が辞退を希望する日<br><br>令和 年 月 日<br><br>指定書または通知書の添付：有・無（なければ紛失届を添付） | 受付印 |
|--|-----|