

# 結核指定医療機関辞退届

(病院、診療所、薬局)

平成 年 月 日

(あて先) 横 須 賀 市 長

## 指定医療機関

所在地

名 称

## 開設者

(法人その他の団体にあつては、法人等の所在地、名称および代表者の氏名)

住 所

氏 名

平成 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 項の規定により届出ます。

指定医療機関辞退事由

※ 開設者が死亡または失そうした場合は、開設者氏名欄に開設者氏名及び届出人の続柄、氏名を記入すること。

(法第 38 条第 8 項関係)