

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

福山市長様

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住 所

名 前

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名前)

上記の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(平成10年法律第114号)第38条第10項の規定により届け出ます。

1 辞退の年月日 年 月 日

2 辞退の理由

(添付書類)医療機関指定書

注1 第一種、第二種感染症指定医療機関にあつては、辞退の日の1年前までに、結核指定医療機関にあつては、30日前までに届け出ること。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。