

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

西宮市長 様

開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

開設者氏名 ㊟
(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

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。

記

(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒
辞退年月日 (届出日より30日後またはそれ以降の日)	令和 年 月 日
辞退する理由	

※結核指定医療機関指定書を添付してください。(紛失された場合は紛失届を提出してください。)

※ 本届出書に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 () _____