

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

大分県知事 殿

開設者の氏名

印

(法人の場合は法人の名称)

開設者の住所

(法人の場合は法人の名称)

令和 年 月 日付け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、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 医療機関・薬局の名称
- 2 医療機関・薬局の所在地
- 3 辞退理由

(注) 結核指定医療機関指定書を添付してください。紛失されている場合は、「結核指定医療機関指定書紛失届」を添付してください。