

## 指定医療機関辞退届（結核）

年 月 日

（あて先）福 岡 市 長

医療機関の開設者

住所

氏名

下記のとおり〇〇 年 月 日をもって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 3 8 条第 8 項の規程に基づき届けます。

### 記

1 指定医療機関の所在地

.....

2 指定医療機関の名称

.....

3 辞退の理由

.....

注）開設者死亡等の場合は、戸籍法上の届出義務者が届け出ることとし、開設者との続柄を明記のこと。