㊎様式第４４号

指定医療機関辞退届（結核）

年　　月　　日

（あて先）福　岡　市　長

申請者（指定医療機関の開設者）
住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

※提出者は受付時に身分証明書をご提示ください。

電話番号　　（　　）
氏名（法人にあっては名称及び代表者職氏名）　（※）

下記のとおり　　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３８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

〔医療機関コード：　　〕

３　辞退の理由

……

注 1）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
注 2）医療機関指定書を添付すること
注 3）申請者（指定医療機関の開設者）は医療機関指定書のとおりに記載すること

保健所記載欄）
提出者　　（□本人確認済）
□申請者本人
□その他（　　）

受付印