

## 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（法人にあつては主たる事務所の所在地）

電話番号（ ）

氏名（法人にあつては名称及び代表者職氏名）（※）

（※） 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 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 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

受付印

受付印