

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） 注1）注3）

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10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

保健福祉センター記載欄）

提出者（☐本人確認済）

☐申請者本人

☐その他（ ）

受付印