

## 結核指定医療機関 辞退届

年 月 日

(あて先)

一宮市長

開設者住所 \_\_\_\_\_

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

開設者氏名 \_\_\_\_\_

(法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)

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（平成 10 年法律第 114 号）第 38 条第 2 項の規定に基づく結核指定医療機関としての指定を下記のとおり辞退したいので、同法第 38 条第 10 項の規定に基づき届け出ます。

記

指定医療機関の種別 (数字に○)	1 病院      2 診療所      3 薬局
指定医療機関の名称	
指定医療機関の所在地	
指定年月日 ・指定番号	年 月 日 ・ 第 号
辞退年月日	年 月 日
辞退する理由 (数字に○)	辞退のみ 1 指定医療機関を廃止する 2 開設者が死亡又は失踪宣告を受けた 3 その他 ( )
	辞退後 新規申請 4 開設者が指定医療機関の施設を他人に譲渡する 5 開設者が個人から法人又は法人から個人となる 6 開設者が変わる 7 診療所を病院に変える又は病院を診療所に変える 8 指定医療機関の所在地が変わる
担当者名	
担当者連絡先 (電話、メール等)	

※辞退の日の 30 日以上前（死亡等の場合は 10 日以内）までに指定書を添付して保健所に提出してください。

※辞退届と新規申請を同時に提出する場合、辞退届の開設者の住所・氏名及び指定医療機関の種別・名称・所在地は指定書に記載されている内容で記入してください。