

別紙（辞退遅延）

## 理 由 書

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）

このたび結核指定医療機関を辞退するにあたり期日までに届け出すべきところ、下記の理由により、遅延いたしました。

今後はこのようなことがないように十分注意いたします。

### 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	
届出期日 （数字に○）	1 30日以上前 2 10日以内（開設者の死亡・失踪宣告の場合）
遅延理由	