

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

神奈川県知事 殿

結核指定医療機関の所在地

結核指定医療機関の名称

結核指定医療機関の開設者

住 所

氏 名

(法人にあつては所在地、名称及び代表者職氏名)

上記の結核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項の規定により届けます。

辞 退 の 年 月 日 年 月 日

辞 退 事 由

(注1) 結核指定医療機関指定書を添付すること。

(注2) 開設者が死亡または失そうした場合は開設者氏名及び届出人の続柄、氏名を記入し、届出人の印を押印すること。