

年 月 日

結核指定医療機関指定辞退届

墨田区長 あて

(指定医療機関)

指 定 番 号

所 在 地

名 称

(開 設 者)

住 所

氏 名

〔開設者が法人にあつては、その事務所
の所在地及び名称並びに代表者の氏名〕

年 月 日をもって感染症の予防及び感染症の患者に対する医療
に関する法律に基づく結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、同法第38条第8
項の規定により届け出ます。

辞退理由：

(注)開設者が死亡し、又は失踪した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名とともに、届出
人の氏名及び開設者との続柄を併記すること。