

年 月 日

感染症指定医療機関（結核指定医療機関）辞退届

愛媛県知事 様

指定医療機関

所在地

名 称

指定医療機関開設者

住 所

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（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辞退したいので届出します。

記

辞退理由

- 1 病院・診療所・薬局の廃止
- 2 組織変更（ ）
- 3 その他（ ）

(注) 1 指定医療機関開設者の住所及び氏名については、法人の場合は、所在地及び名称を記載すること。

2 感染症（結核）指定医療機関指定書を添付のこと。