

# 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

(あて先)  
大津市長

開設者の住所 \_\_\_\_\_  
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 \_\_\_\_\_  
(法人の場合は名称および代表者名)

令和 年 月 日をもって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8項の規定に  
より届けます。

## 記

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒 _____ 電話 _____
医療機関コード	