

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 _____
(法人の場合は名称及び代表者名)

年 月 日をもって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。

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	