

(様式4)

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

尼崎市長 様

開設者住所（法人の場合は、法人の住所）

開設者氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者名）

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8項の規定により届出ます。

指定年月日及び番号	年 月 日 / 第 号
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 す る 理 由	

※「結核指定医療機関指定書」を添付してください。

指定書を紛失した場合は、「結核指定医療機関指定書紛失届」を提出してください。

※本申請に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 _____