

# 結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

指定医療機関の 名称

所在地 奈良市

電話番号

開設者氏名 印

(法人の場合は法人の名称)

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所)

医療機関コード

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項の規定によりお届けします。

辞退理由

開設者が死亡した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名及び届出人の氏名、続柄を記入すること。指定医療機関指定書（紛失した場合は、紛失届）を添付すること。