

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

佐 賀 県 知 事 様

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)

下記のとおり、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項によりお届けします。

記

医 療 機 関 〔病院・診療所（歯科） ・一般）・薬局 （法人・個人）〕	所在地	
	名 称	
結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書	年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	指 定 番 号	佐賀県指令 第 号
	整 理 番 号	
辞 退 年 月 日	令和 年 月 日	
辞 退 理 由		

※「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表示まで記入すること。

(注) 「医療機関指定書」(紛失した場合は紛失届)を添付すること。