様式第6-2号

**結核指定医療機関辞退届**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）東大阪市長

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の種類（○印） | 1.　病院　　　2.　診療所　　　3.　薬局 |
| 医療機関コード番号（保険薬局番号）  ※　任意でご記入ください | № |
| 医療機関の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 医療機関の開設者等住所  （法人の場合は、法人の住所） |  |
| 医療機関の開設者等氏名  （法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名） |  |

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項の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日  （届出日より30日後またはそれ以降の日） | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 辞退理由 |  |

|  |
| --- |
| 本届書の内容についての連絡先 |
| TEL ( 　　　 ) |

**※　結核指定医療機関指定通知書を添付してください（紛失された場合は紛失届を提出してください）。**