

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	No.
医療機関の所在地	〒
(フリガナ) 医療機関の名称	
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)。