

(様式22)

結核指定医療機関指定辞退届

年 月 日

鳥取市保健所長 様

開設者住所

開設者氏名

印

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項の規定により結核指定医療機関の指定を下記のとおり辞退します。

記

病院若しくは診療所
又は薬局の所在地

同 名 称

開 設 者 氏 名

辞 退 年 月 日 年 月 日

辞 退 理 由

備考欄

- ※ 開設者が死亡または失踪した場合には、家族等代理の者による届け出も可能である。
その場合には開設者住所氏名を記入の上、備考欄に代理として届け出た者の氏名、住所及び続柄を記入・押印し、代理として届け出た理由を明記すること。