

(第41号様式)

## 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島市長 殿

開設者

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

(法人にあっては、法人の名称及び代表者の職氏名、法人の住所)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日付をもって、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による結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、同法第38条第8項の規定により届け出ます。

### 1 現在、指定を受けている事項

指定番号： \_\_\_\_\_

医療機関の名称： \_\_\_\_\_

医療機関の所在地： \_\_\_\_\_

2 辞退理由： \_\_\_\_\_

3 届出者 (開設者が死亡または失そうした場合、項目を記入してください)

氏 名： \_\_\_\_\_ (続柄)

(届出者(家族)については続柄を記入すること)

住 所： \_\_\_\_\_

### 4 備考欄

この届出書には「結核指定医療機関指定書 原本」を添付すること。

(注)「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」の表記まで記入すること。

この申請に関する連絡先(担当： \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_)