

様式（指定辞退1）

結核指定医療機関辞退届

（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）

平成 年 月 日

（あて先）高槻市長

医療機関の種類（○印） 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局

保険医療機関コード番号

指定医療機関等の所在地

（フリガナ）

指定医療機関等の名称

指定医療機関等の開設者等住所
（法人の場合は、法人の住所）

指定医療機関等の開設者等氏名
（法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名）

印

平成 年 月 日で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項の規定によりお届けします。

（辞退理由）

本申請書の内容についての
貴医療機関等担当者連絡先と担当者名
（ ）
TEL