

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)

令和 年 月 日

(宛先) 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) _____

令和 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条の規定により届出ます。

(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
