

感染症法による結核指定医療機関

※
病
診
薬

療

院
所
局

） 辞 退 届 書

指 定 機 関	指 定 番 号		
	名 称		
	所 在 地		
辞 退 年 月 日	年	月	日
辞 退 の 理 由			
委 託 患 者 の 措 置			

上記のとおり感染症法による指定医療機関を辞退します。

年 月 日

上記医療機関開設者 住 所
氏 名

印

高 松 市 長 殿

注意事項

1. この書類は、所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出してください。
2. この書類は、開設者の意志により医療機関が辞退された場合に提出してください。
 - イ 診療所を廃止して病院を開設する場合
 - ロ 医療機関の所在地を移転した場合
 - ハ 医療機関の開設者に異動があった場合
3. 辞退日の 30 日以前に提出してください。

記載事項

1. ※印のところは不要の文字を消してください。
2. 「指定番号」は指定書の番号を記入してください。
3. 指定機関の「名称」は略称を用いることなく正式の名称を記載してください。
4. 指定機関の「所在地」は番地まで記載してください。
5. 「辞退年月日」は今から 30 日以後において感染症法による指定を辞退しようとする日を記載してください。
6. 「委託患者の措置」は既に行なったこと及び今から行おうとしていることを記載してください。
7. 開設者が法人の場合には法人の「所在地」「名称」及び「代表者氏名」を記載し、代表者印を捺印してください。