様式第５

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

年　　月　　日

（宛先）　岡 崎 市 長

病院、診療所 または薬局の	所在地
病院、診療所 または薬局の	名 称
病院、診療所 または薬局の （法人の場合は、法人の住所）	開設者住所
病院、診療所 または薬局の (法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)	開設者氏名

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 10 年法律第 114 号）第 37 条の２に規定する医療を担当する医療機関としての指定を下記のとおり辞退したいので、同法第 38 条第 10 項の規定に基づき届出ます。

記

１　指定年月日　　年　　月　　日
２　指 定 番 号　　第　　号
３　辞退を希望する年月日　　年　　月　　日
４　辞退する理由

※指定書を添付して保健所に提出してください。

連絡先電話番号　（　　）　　－