

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 開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所
または薬局の 開設者氏名 (※)
(法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)

(※)本人 (代表者) が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 10 月 2 日法律第 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 8 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。