

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

北九州市長 様

指定医療機関の開設者

住所（ 法人にあつては主たる
事務所の所在地 ）

電話番号

氏名（ 法人にあつては名称
及び代表者の氏名 ）

年 月 日をもって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。

記

- 1 指定医療機関の所在地
- 2 指定医療機関の名称
- 3 辞退の理由

※ 1 開設者が死亡等の場合は、戸籍法上の届出義務者が届出ることとし、開設者との続柄を明記すること。
2 指定書を添付のこと。紛失の場合はその理由を附記したものを添付すること。