

年 月 日

(宛先) 金沢市長

指定医療機関の開設者（代理人）

住 所

氏 名

電話番号

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

下記の指定医療機関については、 年 月 日付けをもって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 2 項の規定による指定を辞退したいので、同法第 38 条第 10 項の規定により届け出ます。

記

1 指定医療機関の所在地 金沢市

名 称

保険医療機関(薬局)コード

2 辞退の理由

注意事項；開設者本人が死亡した場合は、当該代理人が提出してください。