

(あて先) 金 沢 市 長

指定医療機関の開設者 (代理人)

住 所

氏 名

印

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8項の規定により届出します。

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。