結核指定医療機関辞退届

（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）

　 年 月 日

枚 方 市 長 様

医 療 機 関 開 設 者

　　　 (開設者が法人の場合は法人名及び代表者職氏名)

開 設 者 住 所

(法人の場合は、法人所在地)

　　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条に規定する結核指定医療機関の指定について、同法第38条第８項の規定に基づき、指定を辞退します。

辞退年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

　　(フリガナ)

医療機関名

医療機関所在地

保険医療機関番号

　(任意でご記入ください)

辞退理由