

様式第3

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

指定医療機関の 所在地

電話番号

名称

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所)

開設者氏名

印

(法人の場合は法人の名称及び代表者氏名)

令和 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。

辞退理由

開設者が死亡した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名及び届出人の氏名、続柄を記入すること。

指定医療機関指定書（紛失した場合は紛失届）を添付すること。