

年 月 日

(あて先) 八 戸 市 長

届出者 住 所
氏 名 ⑩
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

年 月 日付け 号をもって指定された下記の指定医療機関の指定を 年 月 日を限り、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項の規定により届け出ます。

記

指定医療機関

1. 医療機関名

2. 所 在 地

(指定番号 号)