

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

「辞退した日」以降の届
出ではありませんので
ご注意ください。(注 3)

年 月 日

久留米市保健所長 殿

〈法人の場合〉

〇〇法人〇〇会〇〇医院 代表職 代表者名
株式会社〇〇 代表職 代表者名 など

〈個人の場合〉

開設者の氏名

指定医療機関の開設者

住所（所在地）

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇）

〇〇年〇〇月〇〇日付（届出日より 3 0 日以上経過した日）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 3 8 条第 1 0 項の規定により届けます。

記

1 指定医療機関の所在地

久留米市〇〇町〇〇番地

2 指定医療機関の名称

〇〇医院、〇〇薬局 など

3 備考（医療機関指定書の有無）

有・無

該当に○

（注 1）医療機関指定書をお持ちの場合は添付してください。

（注 2）記載事項は医療機関指定書のとおりとしてください。

（注 3）この届は、現に指定を受け、辞退しようとする病院、診療所又は薬局の開設者が、
辞退しようとする 3 0 日以上前に提出しなければなりません。