

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

大阪市長 様

開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

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 8 項の規定に基づき、
年 月 日をもって指定医療機関を辞退したいのでお届けします。

(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関の所在地	
医療機関の種類	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科 4. 薬局 5. その他 ()
保険医療機関番号 (保険薬局番号)	
辞 退 理 由	1. 診療もしくは業務の全部停止 (廃業・開設者の死亡等) 2. 開設者の変更・医療機関の種類の変更・医療機関の移転 3. その他 ()

※ 本届に関する連絡先

担当者名

電話

保健福祉センター受付印