

(第41号様式)

## 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島市長 殿

開設者 住所 \_\_\_\_\_  
(届出者)

氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日をもって結核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項の規定により届け出ます。

1 医療機関 所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

2 指定番号 鹿児島市地区 ( \_\_\_\_\_ ) 第 \_\_\_\_\_ 号

3 開設者 住所 \_\_\_\_\_  
(届出者と同じ場合は省略可)

氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称)

この届出書には「結核指定医療機関指定書 原本」を添付すること。

(注)「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表記まで記入すること。

開設者が死亡又は失そうした場合、届出者(家族)については続柄を記入すること。

この申請に関する連絡先(担当: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_)