

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

(あて先) 川崎市長

指定医療機関の開設者 (届出者)

住所 _____

氏名 _____ 印

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項の規定により届け出ます。

〒

指定医療機関の所在地 川崎市 _____ 区

(電話番号 _____)

指定医療機関の名称 _____

(医療機関コード _____)