

年 月 日

那 覇 市 長 宛

(届出者)

住 所

氏 名 印

※ 開設者との続柄 ()

電話番号

〔 法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

結核指定医療機関辞退届

結核指定医療機関を辞退したいので、那覇市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施行細則第12条の規定により次のとおり届け出ます。

| | |
|-----------------|-------|
| 結核指定医療機関 の名称 | |
| 辞退年月日 | 年 月 日 |
| 辞退の理由 | |

(添付書類)

結核指定医療機関指定書（紛失した場合は理由を付した理由書を添付）

※開設者死亡等の場合は、戸籍法上の届け出義務者が届け出ることとし、開設者との続柄を明記のこと。

(注意事項)

指定を辞退しようとするときは、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10号の規定により、辞退の日の30日前までに届け出ること。