結　核　指　定　医　療　機　関　辞　退　届

令和　　年　　月　　日

福岡県宗像･遠賀保健福祉環境事務所長　殿

指定医療機関の開設者
住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）
印
電話（　　　　－　　　　－　　　　）

令和　　年　　月　　日付け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ます。

記

１　指定医療機関の所在地

２　指定医療機関の名称

（注１）医療機関指定書を添付してください。
（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。