

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

横 浜 市 長

開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

開設者住所

(法人の場合は、法人所在地)

結核指定医療機関を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療機関に関する法律第38条第8項の規定（辞退日の30日前まで）により届け出ます。

指定年月日及び指定番号	年 月 日 横浜市第 号
医療機関の名称	
医療機関の所在地	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	1. 医療機関の廃止 2. 開設者の個人から法人（または法人から個人）への変更 3. 個人開設者の変更 4. 診療所から病院（または病院から診療所）への変更 5. 医療機関の移転に伴う所在地変更（増改築などによる仮移転を含む） 6. その他（ ）

* 「結核指定医療機関指定書」（第4号様式）原本を添付してください。

本申請に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 _____