

(様式第 4 - 2 8 号)

結核指定医療機関辞退届

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 3 8 条第 8 項の規定により届出をします。

年 月 日

医療機関の指定番号

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者 住所

名称

(あて先) 秋田県 保健所長

*連絡先

担当者氏名	
所属	
電話	