

様式第 4 号

結核指定医療機関辞退届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

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 1 0 項の規定により届け出ます。

| | | |
|----------|------|------------------|
| 医療機関の所在地 | | 〒 TEL () |
| 医療機関の名称 | | |
| 医療機関の開設者 | 住所*1 | 〒 TEL () |
| | 氏名*2 | |
| 辞退理由 | | |

*1：法人の場合は、当該法人の所在地
*2：法人の場合は、当該法人代表者の職及び氏名