

年 月 日

熊本市保健所長 様

指定医療機関の所在地等

郵便番号

所 在 地

電話番号

指定医療機関の名称 (医療機関コード)

指定医療機関の開設者

住所 (法人の場合は、法人の住所)

氏名 (法人の場合は、法人の名称)

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

年 月 日をもって、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（平成10年法律第114号）以下（「感染症法」という。）第6条第16項及び第38条第2項の規定に基づく結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、感染症法第38条第8項の規定にも基づき届け出ます。

辞 退 事 由

- | |
|--|
| <p>① 開設者が替わる時（親→子 ・ 開設者死亡 ・ 譲渡 ・ その他（ ））</p> <p>② 開設者が個人から法人（いわゆる「一医療法人」を含む。）または法人から個人に</p> <p>③ 替わるとき</p> <p>③ 医療機関を移転するとき</p> <p>④ 診療所を病院に、又は病院を診療所に変更するとき</p> <p>⑤ 閉院・閉店するとき</p> <p>⑥ 開設者が法人の場合に、他の法人に吸収されたり、新設法人となったとき</p> <p>⑦ その他（ ）</p> |
|--|

※ 結核医療機関指定書を添付してください。

※ 結核医療機関指定書を紛失した場合は、紛失届を添付してください。

※ 開設者が死亡又は失踪した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名並びに届出人の氏名及び続柄を記入のこと。

※ 上記「辞退事由」の該当する番号を○で囲み、①と⑦に該当する場合はその内容を記入のこと。