

年 月 日

熊本市保健所長 様

病院又は医療機関の所在地等

郵便番号

所在地

電話番号

病院又は医療機関の名称

病院又は医療機関の開設者

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）

遡 及 願

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）第6条第16項及び第38条第2項の規定に基づく結核医療機関の指定について、
____年____月____日に遡及し、指定願います。

理 由

※ 遡及願に関しては、関連する辞退する指定医療機関が、下欄の①から⑤の場合にのみ受理する。該当する番号を○で囲み、関連する医療機関の名称を記入のこと。

（関連する指定医療機関の名称： _____ ）

- | |
|---|
| <p>① 関連する指定医療機関の名称の変更があった</p> <p>② 関連する指定医療機関の所在地が移転した</p> <p>③ 関連する指定医療機関の開設者が死亡した場合又は失踪宣告を受けた</p> <p>④ 関連する指定医療機関の開設者が変動した。（個人から法人、法人から個人、新設法人になった等）</p> <p>⑤ 関連する診療所が病院に、関連する病院が診療所に変更した</p> |
|---|