

結核指定医療機関辞退届

年 月 日をもって指定医療機関としての指定を辞退いたしたいので、
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38条第10項の規定により届けます。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者

住所

氏名

(宛先) 秋 田 市 長

連 絡 先	担当者名
	所属
	電話番号

添付書類：「結核指定医療機関指定書」

結核指定医療機関指定書を紛失した場合は「結核指定医療機関指定書紛失届」

何か不明な点がありましたらご連絡ください。

秋田市保健所健康管理課

感染症・難病担当

TEL：827-5250

Email：ro-hlhm@city.akita.lg.jp