

結核指定医療機関指定辞退届

令和 年 月 日

(提出先)

川越市長 川合善明

指定医療機関の所在地 _____

指定医療機関の名称 _____

医療機関の開設者住所 _____

* 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地を記入

開設者氏名 _____ 印

* 開設者が法人の場合は法人名称及び代表者職氏名を記入し、法人の代表者印を押印

* 開設者が個人の場合、署名であれば押印は不要です

令和 年 月 日をもって、下記の理由により、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法律第38条第8項の規定により届け出ます。

記

辞退理由 (該当する理由を○で囲む)

- 1 医療機関若しくは、業務の全部廃止
- 2 開設者の個人から法人(又は法人から個人)への変更
- 3 診療所の病院(又は病院の診療所)への変更
- 4 医療機関の移転(医療機関の増改築による仮移転を含む)
- 5 医療機関又は開設者の譲渡
- 6 法に基づく公費負担医療の取扱いの中止

備考欄

- ※ 1 結核指定医療機関指定書(様式第2号)を添付すること。
- 2 開設者が死亡又は失踪した場合には、家族等代理の者による届出も可能である。その場合には開設者氏名住所を記入の上、備考欄に代理として届け出た者の氏名住所及び続柄を記入・押印し、代理として届け出た理由を明記すること。
- 3 辞退に際して30日以上予告期間を設けるものとする。