

様式 3 - 5 - 5

年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

開設者
住 所
〔 法人にあつては主たる
事務所の所在地 〕

氏 名
〔 法人にあつては法人の
名称及び代表者氏名 〕

印

結核指定医療機関辞退届

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 1 0 年法律第 1 1 4 号）第 3 8 条第 8 項の規定により、次のとおり結核指定医療機関の指定を辞退します。

- 1 結核指定医療機関の名称及び所在地
- 2 指定を辞退する年月日
- 3 指定を辞退する理由