様式３９　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（結核関係）

結核指定医療機関指定辞退届

　　年　　月　　日をもって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医療に関する法律第３８条第８項の規定により届け出ます。

　　年　　月　　日

病院又は診療所（薬局）の所在地　　〒

病院又は診療所（薬局）の名称

病院又は診療所（薬局）の開設者住所　〒

（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

病院又は診療所（薬局）の開設者氏名

（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

　　開設者が死亡した（失そうの宣言をうけた）場合

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　（続柄）

　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　電話　　（　　　　）　　　　－

（あて先）岐 阜 市 長

※結核指定医療機関指定書又は亡失届を添付して提出すること。