感染症指定医療機関の辞退届出書

様式第10号

令和　年　月　日

愛知県知事　様

|  |
| --- |
| 【医療機関】 |
|  | 医療機関名 |  |
|  | 保険医療機関番号 |  |
|  | 開設者住所 |  |
|  | （開設者　法人名） |  |
|  | 開設者　職・氏名 |  |

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項の規定に基づき下記のとおり辞退を届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 種別（該当するものを記載） | 第一種協定指定医療機関第二種協定指定医療機関 |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 辞退日（届出日より1年以上先） | 令和　年　月　日 |

|  |
| --- |
| 担当者 |
|  | (所属)氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |