

## 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

### 愛知県知事殿

病院、診療所  
または薬局の所在地

病院、診療所  
または薬局の名称

病院、診療所  
または薬局の開設者住所  
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所  
または薬局の開設者氏名  
(法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)

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10項の規定に基づ  
きお届けします。

#### 記

1 指定年月日 年 月 日

2 指定番号 第 号

3 辞退する理由

※指定書を添付して、当該医療機関の所在を管轄する保健所に提出してください。