

# 結核指定医療機関指定辞退届

令和 年 月 日

(あて先)

川口市長

指定医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

指定医療機関の名称 \_\_\_\_\_

医療機関開設者の住所 \_\_\_\_\_

\* 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 \_\_\_\_\_

\* 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

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。