様式 公費負担23

結核指定医療機関辞退届

年　　月　　日

滋賀県知事　　様

開設者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（法人の場合は所在地）

開設者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（法人の場合は名称および代表者名）

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日をもって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ます。

記

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒　　－　　電話　　－　　－ （点線）
医療機関コード	，　　，　　（７桁）