

結核指定医療機関辞退届

		医療機関コード						
指定 医療 機関	指定番号	第 号 平成・令和 年 月 日						
	(フリガナ) 名 称							
	所在地	〒						
辞退年月日		令和 年 月 日						
辞退の理由								

上記のとおり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項の規定により医療機関（薬局）を辞退したいので届けます。

令和 年 月 日

保 健 所 長 あて

〒

開設者の住所

（法人の場合は法人の住所地）

申請者

開設者の氏名

印

（法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名）

電話 ()

保 健 所 受 付 欄

注 意 事 項

- 1 この書類は所在地を管轄する保健所へ提出してください。
- 2 この書類は自然的原因又は開設者の意思により、医療機関等が辞退する場合に提出してください。
 - ① 開設者が死亡又は失踪した場合は、戸籍法に規定する届出義務者が提出してください。なお、開設者氏名欄は開設者氏名及び届出人の氏名、続柄を記入してください。
 - ② 開設主体の変更（公共団体及び医療法人等の代表者の変更は含まない）
 - ・開設者が個人から法人、法人から個人に変更したとき
 - ・開設者が施設を他人に譲渡したとき
 - ・開設者が法人の場合、他の法人に合併された、あるいは新たに法人となったとき
 - ・開設者（個人）が（親から子等に）変わったとき
 - ③ 診療もしくは業務の全部を停止するとき

記 載 要 領

- 1 指定医療機関の「指定番号」は指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 2 医療機関の「名称」は略称等を用いることなく指定申請の場合におけるような正式名称を記載してください。
- 3 指定医療機関の「所在地」は番地まで記載してください。
- 4 「辞退年月日」はその辞退の理由の発生した日を、また開設者の意思により辞退するときはその日を記載してください。
- 5 「届出者（開設者）」が法人の場合には「法人の所在地」「法人の名称」及び「代表者氏名」を記載し、法人印を捺印してください。