

(様式 45)

結核指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

保健所長 あて

届出者 開設者住所又は

法人所在地

開設者又は

法人名称

法人の場合

代表者氏名

電話番号

()

「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（以下「法」）」第 38 条第 2 項の規定による結核指定医療機関を辞退したいので、法第 38 条第 8 項の規定に基づき、下記のとおり届出ます。

記

結核指定 医療機関	フリガナ	
	名称	
	所在地	〒
	指定番号	保第 一 号
	指定日	令和 年 月 日
辞退年月日	令和 年 月 日	
辞退理由	1 開設者変更 2 医療機関廃止 3 その他 ()	

記載要領及び注意事項

- 1 医療機関の名称は略称等を用いることなく、医療法等により開設許可を受ける等の場合における正式名称を記載してください。
- 2 所在地は番地まで記載してください。
- 3 施設開設者は医療法により届け出た施設開設者を記載してください。
- 4 結核指定医療機関指定番号は指定通知書に記載された番号を算用数字で記載してください。
- 5 辞退年月日はその辞退の理由が発生した日を記載してください、ただし、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 結核指定医療機関指定書を添付してください。
- 6 以下の自然的原因、または、開設者の意思により辞退する場合に届出してください。
 - (1) 開設者が死亡や失踪等した場合。
(※戸籍法に規定する届出義務者が提出してください。)
 - (2) 開設者の主体変更
(※公共団体及び法人代表者の変更は含みません。)
 - ①開設者が個人から法人、もしくは、法人から個人に変更したとき。
 - ②開設者が施設を他者（親から子等も含む）に譲渡したとき。
 - ③開設者が法人の場合、他法人に合併された、あるいは新たに法人となったとき。
 - (3) 業務のすべてを停止するとき。
- 7 この届出は辞退の日 30 日前までに、医療機関の所在地を管轄する保健所へ提出してください。