

(様式第50号)

## 結核指定医療機関辞退届

年 月 日をもって次の結核指定医療機関の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2項の規定による指定を辞退したいので、同条第8項の規定によって届出します。

年 月 日

指定医療機関 所在地

名称

保健医療機関コード

辞退理由

石川県知事 様  
( 保健所経由)

指定医療機関の開設者 (代理人)

住所

氏名

㊞

電話番号

注意事項：開設者が死亡した場合は、当該代理人が提出してください。