

# 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

指定医療機関の名称

指定医療機関の所在地

指定医療機関開設者住所  
〔法人にあつては、  
事務所所在地〕

指定医療機関開設者氏名  
〔法人にあつては、名称〕

指 定 年 月 日 年 月 日

指 定 番 号

備 考

年 月 日をもって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医療に関する法律第 38 条第 10 項の規定により  
届け出ます。