

## 結核指定医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

医療機関

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

医療機関開設者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

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8項の規定によりお届けします。

(注) この届出書には、「結核指定医療機関指定書」を添付すること。