

結核指定医療機関指定辞退届

年 月 日

(あて先) さいたま市長

〒 -

開設者住所:

※開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地をご記入ください。

開設者:

電話番号:

(担当者名:)

※問合せ時に使用します。日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

下記の理由から、結核指定医療機関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項の規定により辞退届を提出します。

《辞退医療機関》

フリガナ		辞退日	年 月 日
医療機関名称			
医療機関所在地	<input type="checkbox"/> 開設者住所と同じ (☑をすれば記入不要) 〒 -		
辞退理由 ※該当する理由に○	1. 医療機関若しくは、業務の全部廃止 2. 開設者の個人から法人(又は法人から個人)への変更 3. 診療所の病院(又は病院の診療所)への変更 4. 医療機関の移転(医療機関の増改築による仮移転を含む) 5. 医療機関又は開設者の譲渡 6. 法に基づく公費負担医療の取扱いの中止		
備考			

※ 開設者が死亡又は失踪した場合には、家族等代理の方による届出も可能です。その場合には開設者氏名住所を記入の上、備考欄に代理として届け出た方の氏名、住所及び続柄を記入し、代理として届け出た理由を明記してください。

※ 辞退届の提出は辞退予定日から30日以上前に行ってください。

《提出書類をご確認ください。》

【添付書類】

- 結核指定医療機関指定書(紛失の場合、別途、結核指定医療機関指定書紛失届の提出が必要)