

結核指定医療機関辞退届

指 定 機 関	指 定 番 号	第 号
	名 称	
	所 在 地	
辞退年月日		令和 年 月 日
辞退の理由		

上記のとおり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による結核指定医療機関を辞退しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

(宛先) 富 山 市 長

開設者の住 所

開設者の氏 名

備考：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。