様式56号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※

　　　　　　　　　　　　　　　　　　病　　　　　　　　院

　　感染症法による結核指定医療機関　診　 　　療　 　　所　　辞退届書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬　　　　　　　　局

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指 定 機 関 | 指定番号 | |  |
| 名　　称 | |  |
| 所 在 地 | |  |
| 電　　話 | |  |
| 辞　退　年　月　日 | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 辞退の理由 | |  | |
| 委託患者の措置 | |  | |

上記のとおり感染症法による指定医療機関を辞退します。

　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　上記医療機関開設者　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　香川県知事　　　　　　　　　　殿

注意事項

1. この書類は、所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出してください。
2. この書類は、開設者の意志により医療機関が辞退された場合に提出してください。

　　　 イ　診療所を廃止して病院を開設する場合

　　　 ロ　医療機関の所在地を移転した場合

　　　 ハ　医療機関の開設者に異動があった場合

3．　辞退日の30日以前に提出してください。

記載事項

1. ※印のところは不要の文字を消してください。
2. 「指定番号」は指定書の番号を記入してください。
3. 指定機関の「名称」は略称を用いることなく正式の名称を記載してください。
4. 指定機関の「所在地」は番地まで記載してください。
5. 「辞退年月日」は今から30日以後において感染症法による指定を辞退しようとする

　日を記載してください。

1. 「委託患者の措置」は既に行なったこと及び今から行おうとしていることを記載して

　 ください。

1. 開設者が法人の場合には法人の「所在地」「名称」及び「代表者氏名」を記載してください。