

結核指定医療機関辞退（廃止）届書

指 定 機 関	指令書番号	高知県指令 第 号
	名 称	
	所 在 地	
辞退年月日		年 月 日
辞退（廃止）の理由		
委託患者の 措 置		

上記のとおり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 項の規定によりお届けします。

年 月 日

高知県知事 様

開設者の住所

開設者の氏名