

様式第 4 号

年 月 日

長野市長 宛

開設者（事業者）

住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代 表 者 \_\_\_\_\_

## 結核指定医療機関辞退届

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。

結核指定医療機関又は薬局の名称及び所在地

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

（辞退理由）