（結核第４９号様式）

結核指定医療機関辞退届

年　　月　　日

鹿児島県知事　　　　　殿

医　療　機　関

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関開設者

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

（注）　この届出書には，「結核指定医療機関指定書」を添付すること。