様式第３号（第４条関係）

年 　月　 日

（宛先）山　形　市　長

結核指定医療機関の開設者の住所

医療機関の開設者の氏名

　　　　　　 　　（法人にあってはその名称並びに代表者の職及び氏名）

結核指定医療機関の所在地及び名称

結 核 指 定 医 療 機 関 辞 退 届

年　 月　 日付け　　　　　 第 　　号をもって結核指定医療機関の指定を受けましたが、次の理由により辞退したいので届け出ます。

辞退の理由

辞退年月日

|  |
| --- |
| 山形市保健所受付欄 |
|  |

備考

結核指定医療機関指定書を添付すること。