

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。