

年 月 日

山形県知事 殿

結核指定医療機関の開設者の住所

結核指定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 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お届けします。

辞退理由

辞退年月日

保健所受付欄

備考

この届出書に結核指定医療機関指定書を添付の上、所在地を管轄する保健所へ提出すること。