

第20号様式（第19条関係）

年 月 日

町田市長 様

結核指定医療機関の指定番号

結核指定医療機関の所在地

結核指定医療機関の名称

結核指定医療機関の開設者の住所
(法人の場合は、法人の住所)

結核指定医療機関の開設者の氏名
(法人の場合は、法人の名称)

町田市結核指定医療機関辞退届

年 月 日付けをもって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2項に基づく結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、同法第38条第10項の規定により届け出ます。

辞 退 理 由

開設者が死亡又は失踪した場合は、開設者氏名欄に開設者氏名並びに届出人の氏名及び続柄を記入すること。