

様式第5号

令和 年 月 日

長野県知事 様

結核指定医療機関の所在地

〃 名称

〃 開設者住所

〃 開設者氏名

結核指定医療機関辞退届

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10項の規定によりお届けし
ます。

(辞退理由)