

年 月 日

池袋保健所長

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関開設者住所  
(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関開設者氏名  
(法人の場合は、法人の名称)



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による感染症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 事 由

開設者が死亡又は失そうした場合は、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のこと。