様式第12号(第17条関係)

感染症指定医療機関辞退届

　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

感染症指定医療機関

名称

所在地

開設者

住所

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　年　　月　　日をもって | 第　種感染症指定医療機関第　種協定指定医療機関結核指定医療機関 | 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項の規定により届け出ます。

※印の欄には記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※1　指定年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※2　指定番号 | 福井県指定健第　　　―　　　―　　　号 |
| ※3　廃止年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※4　廃止理由 | 　 |
| ※5　添付書類 | □　指定書　　　□　指定紛失届 |