

(様式第37号)

結核指定医療機関辞退届

医療機関・薬局の所在地

医療機関・薬局の名称

辞退年月日

平成 年 月 日

辞退の理由

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

印

長崎県知事

様

添付書類：指定書(紛失した場合は紛失届)

(様式第39号)

結核指定医療機関指定書紛失届

結核指定医療機関指定書を紛失しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

医療機関・薬局の所在地

医療機関・薬局の名称

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

印

長崎県知事

様