（様式第４号）

年　　月　　日

盛　岡　市　長　　様

病院若しくは診療所又は薬局の所在地

（連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　）

同　　名　　称

開　設　者　住　所

同　　氏　　名

医療機関コード№.

結　核　指　定　医　療　機　関　辞　退　届

年　　月　　日をもって、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（以下、「感染症法」という。）による結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、感染症法第３８条第１０項の規定により届出します。

辞　退　理　由