（電子メール施行／ファクシミリ施行）

原則，電子メール施行でお願いします。

令和　　年　　月　　日

　宮城県保健福祉部長　殿

押印は不要です。

　（疾病・感染症対策班扱い）

医療機関名　代表者名

「診療・検査医療機関」指定の辞退について

　令和　　年　　月　　日付け疾感対第　　　　号で診療・検査医療機関の指定を受けましたが，下記の理由により辞退申し上げます。

記

○主な理由

指定辞退の理由を参考までに把握したいので，「○○により□□となったため。」等，差し支えない範囲でご記入にご協力願います。

|  |
| --- |
| 住所：医療機関名：担当者名：電話：電子メール： |