（様式３）

年　　月　　日

厚生労働省健康局結核感染症課長　殿

医療機関名
病 院 長 名

院内感染対策サーベイランス　脱退届

院内感染対策サーベイランスからの脱退を希望し、下記の事項を届け出ます。

記

1. 医療機関名：

2. 医療機関コード：

3. 住所：（〒　　―　　）

4. 脱退部門：　　部門

年　　月をもって院内感染対策サーベイランス、上記部門より脱退いたします。

以上