

(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

印

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