理　由　書

年　　月　　日

豊田市長　様

住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

このたび結核指定医療機関を辞退するにあたり、辞退の日の（　１０日以内・３０日前まで　）に提出すべきところ、　　　　　　　　　ため、提出できませんでした。

今後このようなことがないよう十分注意いたしますので、今回の届出の受理についてよろしくお願いいたします。