

年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

開設者

住 所

〔 法人にあっては主たる
事務所の所在地 〕

氏 名

〔 法人にあっては法人の
名称及び代表者氏名 〕

印

結核指定医療機関指定同意書

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（平成10年法律第114号）第38条第2項の規定による結核指定医療機関として次のとおり指定を受けることに同意します。

1 指定を受けようとする医療機関の名称及び所在地

2 指定を受けることができる年月日

年 月 日以降

3 指定日の遡及要望

無

有

指定を受けたい年月日：

指定日を遡及する理由：

注1) 開設者が右上の届出日のよりも前の日を指定日としたい場合は、3の指定日の遡及要望において「有」を選択し、その年月日と理由を記載する。