様式１

　　年　　月　　日

　　福 井 市 長　あて

医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　してください。

遡　　及　　願

　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第３８条第２項の規定による医療機関の指定について、下記のとおり遡及し指定願います。

記

１　遡及年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

２　遡及する理由