

結核指定医療機関遡及指定願

年 月 日

静岡県知事

医療機関の所在地
医療機関の名称

医療機関の開設者

住 所

氏 名



(法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

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
結核指定医療機関の指定について、下記の理由により、 年 月 日に遡及
し、指定願います。

遡及理由