

遡及願

年 月 日

豊 中 市 長 様

開設者の住所 ※法人の場合は法人住所
〒
開設者の名称 ※個人の場合は記載不要
代表者の役職・氏名

印

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条の規定による結核指定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。

遡及年月日	年 月 日
理 由	
本申請書についての連絡 担当者名： 担当者電話番号：	