

(様式第1号)

年 月 日

福井県知事

様

医療機関 名 称

代表者

福井県肝炎ウイルス検査実施要綱に定める協力医療機関となることについての承諾書

当院は、下記事項を理解し、福井県肝炎ウイルス検査実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づく肝炎ウイルス検査の実施機関（以下「協力医療機関」という。）となることを承諾します。

記

- 1 実施要綱に基づき、当該事業を適正に実施します。
- 2 実施要綱に基づく協力医療機関を広く県民に周知するため、当院の名称・所在地・連絡先・受付窓口が公表されることに同意します。

名 称	
所 在 地	(〒 -)
連 絡 先	TEL () - FAX () -
受付窓口 (部署名)	