様式第4号(第4条、第4条の2関係)

指定届出(提出)機関指定同意書

年　　月　　日

　福井県知事　　　　様

病院または診療所

名称

所在地

開設者

住所

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14条第1項 | の規定に |
| 第14条の2第1項 |
| より指定 | 届出 | 機関として指定を受け、同条第2項の規定による届出を担当することに | | |
| 提出 |
| ついて同意します。 | | | | |