様式第11号(第17条関係)

感染症指定医療機関指定同意書

　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

感染症指定医療機関

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38条第2項の規定により

|  |  |
| --- | --- |
| 第　種感染症指定医療機関  第　種協定指定医療機関  結核指定医療機関 | の指定を受け、同条第3項に規定する医療を担当することに |

ついて同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※印の欄には記入しないでください。 | |
| ※1　開設年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ※2　指定年月日 | 年　　　月　　　日 |