

同 意 書

年 月 日付け 第 号をもって依頼のあった、下記医療機関が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（平成10年法律第114号）法第14条第1項の規定に基づく「指定届出機関」に指定されることに同意します。

記

医療機関の所在地及び名称等

所在地

名 称

管理者

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

開設者住所（法人にあっては所在地）

開設者氏名（法人にあっては法人の名称及び代表者氏名）

印 （自署又は記名押印）