

令和 年 月 日

( 宛 先 ) 奈 良 市 長

指定医療機関の名称

所在地 奈良市

開設者氏名 印

(法人の場合は法人の名称)

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所)

遡 及 願

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項の規定による医療機関の指定について

令和 年 月 日に遡及し、指定願います。