遡及願

　　　　　　年 　　　月　　　 日

枚　方　市　長　様

医療機関の開設者等氏名

　　　　　　　　　　　　 (法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)

　　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

よる結核指定医療機関の指定について、

　　年　　 月　　 日に遡及し、指定願います。

　（理由）