

【記入例】

エックス線撮影装置利用承諾書

(医療機関名) **足立保健所クリニック**

(開設者) **〇〇 ▲▲ 殿**

結核指定医療機関申請をする、医療機関名と開設者名を記載してください。

結核医療の提供にあたり、貴院が当院のエックス線撮影装置を利用することを承諾いたします。

遡及申請の場合は、遡及指定日以前の日付となります。

令和 **3**年**11**月**1**日

医療機関所在地 **東京都足立区中央本町1-5-3**

医療機関名 **足立保健所医院**

医療機関開設者名 **◇◇ ■■**

エックス線撮影装置の利用を依頼する医療機関所在地、医療機関名、医療機関開設者名の記載が必要です。