

伝染病疾患患者入浴施設許可申請書

年 月 日

長野県知事 殿

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

電話（ ）

氏名（法人にあつては、その名称及び代表者名）

年 月 日生（法人の場合を除く。）

下記のとおり、伝染病疾患患者の入浴施設の許可をしてください。

記

1 入浴施設の所在地

電話（ ）

2 入浴施設の名称

3 患者に対する療養効果の概要

(添付書類) 建物の各階平面図（患者用の入浴施設を明示したもの）