

様式 1

## 結核指定医療機関 指定申請書

年 月 日

(あて先)

一 宮 市 長

開設者住所 \_\_\_\_\_

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

開設者氏名 \_\_\_\_\_

(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 項の規定に基づく結核指定医療機関として指定されるよう申請します。

なお、指定のうえは、同法第 38 条第 3 項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成 11 年厚生省告示第 42 号）及び同法第 41 条の規定に基づく診療報酬により、同法に規定する医療を担当します。

指定医療機関の種別 (数字に○)	1 病院      2 診療所      3 薬局
指定医療機関の名称	
指定医療機関の所在地 ・電話番号	(      )      -
指定希望日	年      月      日
担当者名	
担当者連絡先 (電話、メール等)	
指定書の受取方法 (数字に○)	1 指定を受ける医療機関に郵送      2 開設者の住所に郵送 3 来所      4 その他 (      )
	郵送の場合、郵便番号 (〒      -      )