

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

病院、診療所 所在地
または薬局の 電話番号

病院、診療所 名称
または薬局の

病院、診療所 開設者住所
または薬局の
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所 開設者氏名
または薬局の
(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、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 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、同法第 37 条の 2 に規定する医療
を担当します。