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。