

結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所長 殿

医療機関等の開設者

住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）

印

電話番号（ - - ）

医療機関コード

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（平成10年法律第114号）第38条の規定による結核指定医療機関として、下記のとおり指定されるよう申請します。

なお、指定の上は、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40条第3項の規定に基づく感染症指定医療機関担当規程（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、同法の定めるところに従って、同法による医療を担当します。

記

1 医療機関等の所在地

2 医療機関等の名称

3 医療の開始日（訪問看護事業の開始日） 令和 年 月 日

4 備 考

（注）住民票又は登記簿謄本のとおり記入してください。