

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 申 請 書

年 月 日

福岡県糸島保健福祉事務所長 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）

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42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）
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。