

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 申 請 書

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）

電話（ － － ）
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定（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 指定医療機関の所在地

2 医療機関等の名称

3 医療の開始日 年 月 日

4 備 考

（注）所在地及び名称は住民票又は登記簿謄本のとおり記入してください。