

結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

四日市市長 あて

申請者 開設者住所又は
法人所在地
開設者又は
法人名称
法人の場合
代表者氏名
電話番号 ()

「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（以下「法」）」第38条第2項の規定により結核指定医療機関として指定を受けたく、下記のとおり申請します。

なお、当該指定を受けた上は、法第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定（平成11年3月19日厚生省公示第42号）及び法第41条の規定に基づく診療報酬により医療を担当します。

記

医療機関	種別	病院 診療所 薬局						
	フリガナ							
	名称							
	所在地	〒						
	電話番号	()						
	医療機関コード							
診療科目又は業務の種類								
施設管理者	氏名							
	住所							
添付書類		使用許可書 開設許可書 開設届 その他 ()						

※保健所使用欄

指定番号	保予 第 号	保健所受付欄
指定年月日	令和 年 月 日	

注 意 事 項

- 1 この書類は、指定を受けようとする医療機関の所在地を管轄する保健所へ提出して下さい。
- 2 この申請書に添付すべき書類等は次のとおりです。
 - ① 病院にあつては、使用許可書の写し
 - ② 診療所にあつては、開設許可書、使用許可書又は開設届の写し
 - ③ 薬局にあつては、開設許可書の写し
- 3 貴医療機関が結核指定医療機関として指定された際には指定書を交付します。また、ホームページ上に医療機関名等を掲載する場合があります。
- 4 指定書の指定日は、保健所が申請書を受理した日以降で、保健医療機関指定日以降になります。

記 載 要 領

- 1 医療機関の「名称」は、略称等を用いることなく医療法等により開設許可を受ける等の場合における正式名称を記載して下さい。
- 2 「所在地」は番地まで記載して下さい。
- 3 診療科目又は業務の種類欄
 - ① 「診療科目」は医療法施行令第5条の11に掲げられたものとし、多数ある場合の記載順序は同条の記載の順序により記載してください。
 - ② 薬局の場合は「薬局」と記載して下さい。
- 4 施設管理者は医療法により届け出た施設管理者を記載して下さい。
- 5 「開設者」が法人の場合には、「法人の所在地」「法人の名称」及び「代表者氏名」を記載し、法人印を押印して下さい。