医療機関指定申請書(結核)

年 月 日

(あて先) 福 岡 市 長

※提出者は受付時に身分証明書を ご提示ください。

申請者(指定医療機関の開設者) 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)

電話番号 () 氏名 (法人にあっては名称及び代表者職氏名) (**※**)

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項の規定による医療 機関として指定されたく申請します。

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 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3月19日厚生省告示第42号)

	で同法第 40 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を担当します。	こ従っ	て、同法は	による
1	病院若しくは診療所又は薬局の名称			
	〔医療機関コード	<u>:</u>)
2	病院若しくは診療所又は薬局の所在地			
	TEL	()	
3	指定希望年月日			
	年 月 日			
4	備考(指定日を申請日から遡る場合、その理由を記載)			
1				
1	保健所記載欄			
1				
	年 月 日			
2	社会保険及び生活保護法等の指定状況			
3	指定申請済 ・ 指定申請予定 ・ 指定申請予定 ・			
4				
	□申請者本人 □その他()			
5	その他参考事項		受付戶	<u>L</u>
	上記のとおりにつき、指定して支障ないものと認めます。			
	年 月 日			
	•			
ı	() 保健所長			