

## 医療機関指定申請書（結核）

年 月 日

（あて先）福 岡 市 長

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）（※）

（※） 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

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）及び同法第 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従って、同法による医療を担当します。

1 病院若しくは診療所又は薬局の名称

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）

### 意見書

1 病院若しくは診療所は開設年月日、薬局は有効期間始期日

年 月 日

2 社会保険及び生活保護法等の指定状況

指定申請済 ・ 指定申請予定

3 指定適当年月日

年 月 日

4 その他参考事項

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

（ ） 保健所長

受付印