様式第６９号

結　核　指　定　医　療　機　関　指　定　申　請　書

年　　月　　日

久留米市保健所長　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条第２項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４１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　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）

（注１）　住民票又は登記簿謄本のとおり記入してください。
（注２）　当該申請書は、新たに指定を受ける病院、診療所又は薬局の開設者が提出してください。