

結核指定医療機関指定申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

久留米市保健所長 殿

〈法人の場合〉 〇〇法人〇〇会〇〇医院 代表職 代表者名 株式会社〇〇 代表職 代表者名 など 〈個人の場合〉 開設者の氏名
--

医療機関等の開設者  
住所（所在地）  
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏名（名称及び代表者職氏名）

電話番号（〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）  
医療機関コード〇〇〇〇〇〇〇〇

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  
久留米市〇〇町〇〇番地
- 2 医療機関等の名称  
〇〇病院、〇〇薬局 など
- 3 指定希望年月日  
〇〇年 〇〇月 〇〇日
- 4 備 考（指定日を申請日から遡る場合、その理由を記載）  
上記日付より結核診療を開始しているため。  
(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。