

様式第 1

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

病院、診療所
または薬局の 所在地 〒

病院、診療所
または薬局の 名称

病院、診療所
または薬局の 開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所
または薬局の 開設者氏名 (※)
(法人の場合は、法人の名称・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。

指定希望年月日 年 月 日

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 10 月 2 日法律第 114 号）第 38 条第 2 項の規定に基づく結核指定医療機関として指定されるよう申請します。

なお、指定のうえは、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（平成 10 年 10 月 2 日法律第 114 号）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、同法第 37 条の 2 に規定する医療を担当します。

連絡先電話番号 () -