

様式第1号

結核指定医療機関指定申請書

(提出先)

令和 年 月 日

川越市長 川合善明

開設者
の住所

*1 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地を記入。

開設者
氏名

印

*1 開設者が法人の場合は法人名称及び代表者の職氏名を記入し、法人の代表者印を押印。個人の場合、署名があれば押印は不要。

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項の規定による結核指定医療機関として令和 年 月 日 (*2) から指定を受けたいので下記のとおり申請します。

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2項の規定に基づく感染症法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

医療機関名称		医療機関所在地	
		〒	
標榜科目(薬局は記入不要)	電話番号	全病床数	
		1 有()床 2 無	
X線設備の保有について	X線設備借用医療機関名	X線設備借用医療機関所在地	
1 有(直接・ポータブル・断層・他)			
2 無(X線設備借用医療機関を右に記入)			
※保健所長の意見 (申請者は記入しないこと。) 審査した結果、当該医療機関を結核指定医療機関として適当と認めるので進達します。 令和 年 月 日 保健所長 印			

*1 開設者名及び医療機関名は開設届と相違ないこと

*2 保健所への提出日を記入(遡ることはできません)

(R01)