

結核指定医療機関指定申請書

(あて先)

令和 年 月 日

川口市長

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

*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

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)		

*1 開設者名及び医療機関名は開設届と相違ないこと