

(例)

必ずこの様式を使用してください。
申請日以前の日付では使用できません。

Ⓐ ≤ Ⓑ ≤ Ⓒ Ⓐ ≤ Ⓒ

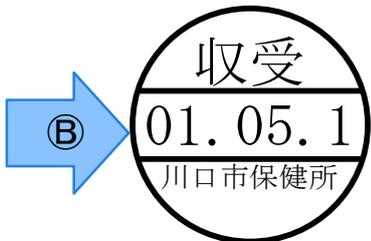
様式第1号

結核指定医療機関指定申請書

(あて先)

川口市長

令和 1年 5月 1日



開設者
の住所

〇〇市△△123-45

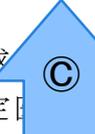
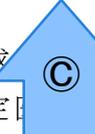


*1 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地を記入
開設者

氏名 株式会社☆☆☆ 代表取締役 ◇◇ □□

*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 1年 6月 1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  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	
◇◇薬局 □□支店	〒3XX-XXXX 〇〇市△△123-45	
標榜科目(薬局は記入不要)	電話番号	全病床数
	048-XXX-XXXX	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層と相違ないこと

この記載例は薬局の例ですが、病院又は診療所の場合は、X線設備の利用ができることを確認してください。

(R1)