**結核指定医療機関指定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

高崎市長　　　　　　　様

住所

氏名

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　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指定を受けたいので申請します。

 なお、指定の上は、感染症指定医療機関医療担当規程（平成１１年３月１９日付け厚生省告示第４２号）及び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 | 所 在 地電話番号 |  |
| 名　　称 |  |
| 種　　類 | 病　院　･　診療所　･　薬　局　･　その他 |
| 診療科目 |  |
| 病 床 数 | 一般（　床）・精神（　床）・結核（　床）・伝染（　床） |
| 開設年月日 | 　年　　月　　日 |
| 開設者 | 住所(※1) |  |
| 氏名(※2) |  |

　　(※1)：開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

　　(※2)：開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

指定書送付先住所：

宛名：