

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

栃木県知事 様

開設者の住所（法人の場合は法人の住所）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称、代表者職氏名）

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（以下「法」という。）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されたく下記のとおり申請します。

なお、指定の上は、法第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3月厚生省告示第42号）、法第38条第7項の規定に基づく知事の指導及び法第41条の規定に基づく診療報酬の定めるところに従って、法による医療を担当します。

記

- 1 医療機関の種類（該当機関に○をつけてください。）

病院・診療所・薬局

- 2 医療機関の名称及び所在地

（フリ ガナ）
名 称

所 在 地（〒 ）

電話番号

- 3 指定を受けようとする年月日

年 月 日

- 4 保険医療機関（薬局）コード

- 5 保険医療機関（薬局）の指定年月日

年 月 日