

## 結核指定医療機関指定申請書

	医療機関コード							
病院・診療所・薬局	所在地	〒						
	(フリガナ) 名 称							
	電話番号							
診 療 科 目 (又は業務の種類)								
開 設 許 可 日 (又は開設年月日)		令和      年      月      日						

上記のとおり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項の規定による医療機関（薬局）として指定を受けたく申請します。  
 なお、指定を受けたうえは、医療機関として法第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19日厚生省告示第42号）及び同法第41条の規定に基づく診療報酬により医療を担当します。

令和      年      月      日

保 健 所 長      あて

〒

開設者の住所

(法人の場合は法人の住所地)

申請者

開設者の氏名

印

(法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

電話      (      )

※	機関の種類：病院 ・ 診療所 ・ 薬局  確認書類等：開設届 ・ 開設許可書 ・ 使用許可書 登録台帳 ・ その他 (                      )	
		保 健 所 受 付 欄
※ 指定番号	第                      号	※ 指定年月日
令和      年      月      日		

## 注 意 事 項

- 1 この書類は所在地を管轄する保健所へ提出してください。
- 2 この申請書に添付すべき書類等は次のとおりです。
  - ① 病院にあつては使用許可書の写し
  - ② 診療所にあつては開設許可書又は使用許可書の写しもしくは開設届の写し
  - ③ 薬局にあつては開設許可書の写し
- 3 貴機関が指定された場合には、県ホームページに掲載する他、指定書を交付します。

なお、指定書の指定日は、保健所が申請書を受理した日以降で、保険医療機関指定日以降となります。

## 記 載 要 領

- 1 医療機関の「名称」は略称等を用いることなく医療法等により開設許可を受ける等の場合におけるような正式名称を記載してください。
- 2 「所在地」は番地まで記載してください。
- 3 「診療科目」は医療法施行令第5条の11に掲げられたものとし、多数ある場合の記載の順序は同条の記載の順序によってください。

また、「業務の種類」は「薬局」等と記載してください。
- 4 「施設開設者」は医療法等により届け出た施設開設者を記載してください。
- 5 「申請者（開設者）」が法人の場合には「法人の所在地」「法人の名称」及び「法人の代表者氏名」を記載し、法人印を捺印してください。