

(様式21)

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

鳥取市保健所長 様

開設者住所

開設者氏名

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下記のとおり申請します。

なお、指定の上は、同法第38条第2項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規定(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

指定を受けようとする日 年 月 日

病院若しくは診療所
又は薬局の所在地

同 名 称

開 設 者 氏 名

※ 添付書類 保険医療機関又は保険薬局の指定通知書の写し