

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

静岡県知事

医療機関の所在地
医療機関の名称

医療機関の開設者
住 所

氏 名 ㊟

(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

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いので、申請します。

なお、指定の上は、同法第 38 条第 7 項の規定による知事の指導及び同法第 4 1 条の規定による診療報酬の基準に従い、同法に規定する一切の事項を遵守します。

保 険 医療機関	名 称	
	医療機関コード	
開 設 者	所 在 地	〒 - TEL FAX
	住 所	〒 - TEL FAX
	氏名又は名称	

- (備考)
- 1 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載してください。
 - 2 医療法の許可証(写)を添付してください。
 - 3 遡及して指定が必要な場合には様式第 1 号別紙を添付してください。