

結核指定医療機関指定申請書

(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)

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

医療機関の種類 (○印) 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局

保険医療機関コード番号 (必ず記入してください) _____

医療機関等の所在地 _____

(フリガナ)

医療機関等の名称 _____

医療機関等の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

医療機関等の開設者等氏名
(法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)

指定希望日 (保険医療機関コードが有効となった日) 令和 年 月 日から

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せられたく申請します。

なお、指定の上は、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 3 項の規定に基づく指定医療機関医療担当規定及び同法第 41 条の規定に基づく診療報酬により、同法の規定に従って、同法による医療を担当します。

本申請書の内容についての
貴医療機関等担当者連絡先と担当者名
()
TEL