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）

年 月 日

枚 方 市 長 様

医 療 機 関 開 設 者

　　　 (開設者が法人の場合は法人名及び代表者職氏名)

開 設 者 住 所

(法人の場合は、法人所在地)

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)第38条の規定に

よる結核指定医療機関の指定を申請します。

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

及び同法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当し

ます。

指定年月日 年　　　　　　月　　　　　　日

　　(フリガナ)

医療機関名

医療機関所在地

保険医療機関番号

　(任意でご記入ください)

本申請書についての連絡先

１、電話番号：

２、担当者名：

３、指定書の送付先（○またはその他に必要事項を記載）

　ア：医療機関の所在地　　　　　イ：開設者等住所

　ウ：その他（〒　　　　　　　　　　　　　　：　　　　宛）