

長野市長 宛

開設者（事業者）

住 所 _____

名 称 _____

代 表 者 _____

保険医療機関番号 _____

（保険薬局番号）

結核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第 38 条第 2 項の規定による医療機関として指定してください。

なお、指定された上は、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 7 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い医療を担当します。

医療機関又は薬局の名称及び所在地

名 称 _____

所在地 _____

（電話番号（ ） ） _____

指定を受けようとする年月日 年 月 日

様式第1号裏面

注 意 事 項

- 1 この申請書に添付すべき書類は、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、使用許可書若しくは開設許可書又は開設届の写し
 - (3) 薬局にあつては、開設許可証の写し

- 2 記載に当たっては、次の事項に留意してください。
 - (1) 「所在地」及び「住所」は番地まで記入すること。
 - (2) 「名称」は略称を用いることなく、正式の名称を記入すること。