

結核指定医療機関 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7年2月1日

堺市長様

医療機関の種類 (○印) 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局
医療機関の所在地 (フリガナ) 堺市堺区南瓦町〇-〇〇
サカイミナミカワラマチヤッキョク
医療機関の名称 堺南瓦町薬局
医療機関の開設者等住所 (法人の場合は、法人の住所) 堺市堺区南瓦町△-△△
医療機関の開設者等氏名 (法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名) 株式会社〇〇
代表取締役 南瓦町 花子
※保険医療機関番号 (保険薬局番号) 〇〇〇〇〇〇〇

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、令和7年3月1日から指定せられたく申請します。

なお、指定の上は、同法律第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連絡先
TEL 072-233-1101
担当者氏名：堺

※については、保険審査に使用しますのでご記入下さい。

保健所受理欄

結核指定医療機関 辞退書

(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7年2月1日

堺市長様

医療機関コード番号 No.	〇〇〇〇〇〇〇
指定医療機関の所在地	堺市堺区南瓦町〇-〇〇
指定医療機関の名称 (フリガナ)	サカイミナミカワラマチヤッキョク 堺南瓦町薬局
指定医療機関の開設者等住所 (法人の場合は、法人の住所)	堺市堺区南瓦町△-△△
指定医療機関の開設者等氏名 (法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)	株式会社〇〇 代表取締役 南瓦町 花子

令和7年2月28日で指定医療機関としての指定を辞退したいので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8項の規定によりお届けします。

辞退理由

令和7年2月28日をもって店舗閉店のため。

本申請書の内容についての連絡先
TEL 072-233-1101
担当者氏名：堺

保健所受理欄

結核指定医療機関 変更届

(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7年2月1日

堺市長様

医療機関の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

堺市堺区南瓦町△-△△

医療機関の開設者等氏名
(法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)

株式会社〇〇
代表取締役 南瓦町 花子

次のとおり変更しましたのでお届けします。

指 定 医療機関	番 号	〇〇〇〇〇〇〇 (保険医療機関番号)
	名 称	堺南瓦町薬局
	所 在 地	堺市堺区南瓦町〇-〇〇
変更事項	旧	堺市堺区南瓦町△-△△
	新	堺市堺区南瓦町□-□□
変 更 年 月 日	令和7年2月1日	
変 更 の 理 由	開設者が移転したため。	
備 考		

本申請書の内容についての連絡先

TEL 072-233-1101

担当者氏名：堺

保健所受理欄