

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)

年 月 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

医療機関の名称
(フリガナ)

医療機関の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

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)

※保険医療機関番号
(保険薬局番号)

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 年 月 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 — —

担当者氏名：

※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)

年 月 日

堺市長様

医療機関コード番号 No.

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称
(フリガナ)

指定医療機関の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

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)

令和 年 月 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

本申請書の内容についての連絡先
TEL — —
担当者氏名：

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)

年 月 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)

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)

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	
	名 称	
	所 在 地	
変更事項	旧	
	新	
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 の 理 由		
備 考		

本申請書の内容についての連絡先
TEL — —
担当者氏名：

保健所受理欄