

結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

北九州市長 様

医療機関又は薬局の開設者

住所 (法人にあつては主たる
事務所の所在地)

電話番号

氏名 (法人にあつては名称
及び代表者の氏名)

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（平成 10 年法律第 114 号）第 38 条第 2 項の規定による結核指定医療機関として、指定されるよう申請します。

なお、指定のうえは、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 項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成 11 年 3 月厚生省告示第 42 号）及び同法第 40 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って、同法による医療を担当します。

記

- 1 医療機関又は薬局の
所在地・電話番号 TEL ()
- 2 医療機関又は薬局の
名称
- 3 指定希望年月日 令和 年 月 日

※住所、所在地は公称名で記入のこと。