

}
{
 感染症法による結核指定医療機関
 }
{
 ※
病
診
薬
療
院
所
局
指定申請書

医療機関	名 称					
	所在地					
診療科目						
病床数	結核	床	一般	床	その他	床
医療機関開設許可	第	号	年	月	日	許可
健康保険法による指定	有・無		年	月	日	指定
生活保護法による指定	有・無		年	月	日	指定
管理者	住 所					
	氏 名					

上記の医療機関について、感染症法第 38 条第 2 項の規定による医療機関として指定せられたく申請します。

なお、指定を受けました上は、感染症法第 38 条第 3 項の規定に基づく感染症指定医療機関担当規程（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の基準により同法の指定医療機関としての義務を遵守します。

年 月 日

上記医療機関開設者 住 所
 氏 名 印

高 松 市 長 殿

注意事項

1. この書類は、所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出してください。
2. 貴機関が指定された場合には、指定書により通知します。

記載事項

1. ※印のところは不要の文字を消してください。
2. 医療機関の「名称」は略称を用いることなく正式の名称を記入してください。
なお病院であるか、診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記入してください。
3. 「所在地」は番地まで記載してください。
4. 「診療科名」は医療法施行令第3条第1項、第2項に規定する科名を記入してください。
5. 病床数は現在の実数の数を記載してください。
6. 健康保険法及び生活保護法による指定は、有無いずれかを○で囲み、指定年月日が不詳の場合には、指定番号を代りに記載してください。
7. 「管理者」は医療法により届け出た管理者を記載してください。
8. 開設者が法人の場合には、「法人の所在地」「名称」及び「代表者氏名」を記載し、代表者印を捺印してください。