

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

病院、診療所
又は薬局の 所在地

病院、診療所
又は薬局の 名称

病院、診療所
又は薬局の 開設者住所

〔 法人にあっては、
事務所所在地 〕

病院、診療所
又は薬局の 開設者氏名

〔 法人にあっては、名称
及び代表者職氏名 〕

指定希望年月日

年 月 日

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されたいので申請します。

なお、指定の上は、同法第 38 条第 9 項の規定による指導及び同法第 41 条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を守ります。