

## 結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

福山市長様

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所

名前

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

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第38条に規定する医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、同法第37条第1項に規定する医療を担当するため、同法第41条の規定による診療報酬の基準に従い、同法に規定する一切の事項を遵守します。

指 定 日	※申請日の翌月の1日
-------	------------

※既に結核患者の治療を行っているため、年 月 日に遡って指定してください。

注 指定日は、原則、申請日の翌月1日になります。既に結核患者の治療を行っている場合は、その日付を記載してください。