

様式第 6 9 号

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 申 請 書

年 月 日

久留米市保健所長 殿

医療機関等の開設者

住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話番号（ — — ）

医療機関コード

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 1 0 年法律第 1 1 4 号）第 3 8 条第 2 項の規定による結核指定医療機関として、下記のとおり指定されるよう申請します。

なお、指定の上は、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 4 0 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 1 1 年厚生省告示第 4 2 号）及び同法第 4 1 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 医療機関等の所在地

2 医療機関等の名称

3 指定希望年月日 年 月 日

4 備 考（指定日を申請日から遡る場合、その理由を記載）

（注 1） 住民票又は登記簿謄本のとおり記入してください。

（注 2） 当該申請書は、新たに指定を受ける病院、診療所又は薬局の開設者が提出してください。