

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 申 請 書

申請日

年 月 日

久留米市保健所長 殿

〈法人の場合〉

〇〇法人〇〇会〇〇医院 代表職 代表者名
株式会社〇〇 代表職 代表者名 など

〈個人の場合〉

開設者の氏名

医療機関等の開設者

住所（所在地）

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話番号（〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇）

医療機関コード〇〇〇〇〇〇〇〇

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

久留米市〇〇町〇〇番地

2 医療機関等の名称

〇〇病院、〇〇薬局 など

3 指定希望年月日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

4 備

考（指定日を申請日から遡る場合、その理由を記載）

上記日付より結核診療を開始しているため。

（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。