

(様式1)

結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

尼崎市長 様

開設者住所（法人の場合は、法人の住所）

開設者氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者名）

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条第2項の規定により、結核指定医療機関として指定されたく申請します。

なお、指定のうえは、同法第41条の規定による診療報酬に基づき、同法の定めるところに従って医療を担当します。

医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医療機関の種類	
診療科名	
保険医療機関番号 （保険薬局番号）	
指定希望日	令和 年 月 日
指定書送付先	<input type="checkbox"/> 開設者住所 <input type="checkbox"/> 医療機関の所在地 <input type="checkbox"/> その他（下記に記載）

※開設者の本人確認のため、開設許可証等の写しを添付してください。

※申請日以前に遡って結核指定医療機関の指定を受ける必要がある場合は、「遡及願」を提出してください。

※本申請に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 _____