

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

大阪市長 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 3 8 条第 2 項の規定に基づき、
年 月 日をもって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 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医療を担当します。

(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関の所在地	
医療機関の種類	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科 4. 薬局 5. その他 ()
医療機関の開設日	年 月 日
診療科名	
保険医療機関番号 (保険薬局番号)	

※ 本申請に関する連絡先

担当者名
電話

保健福祉センター受付印