

# 結核指定医療機関指定申請書

病院・診療所 (薬局)等の名称	
所在地	奈良市
診療科目	
診療用X線装置の有無	有 ・ ( 台 無 ( 型 製)
保健所その他の装置を 利用する場合	受託者 住所 名称 氏名

上記のとおり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項の規定による医療機関として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38条第3項に基づく規定及び同法第41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。

令和 年 月 日

( 宛 先 ) 奈 良 市 長

病院又は診療所(薬局)等の 名 称

所在地 奈良市

電話番号

開設者氏名

印

(法人の場合は法人の名称)

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所)

医療機関コード

添付書類

病院・診療所開設届(写)又は薬局開設許可証(写)、管理医師又は管理薬剤師履歴書(写)、医師又は薬剤師免許証(写)、付近見取図、病院・診療所・薬局見取図、結核指定医療機関候補調査書