

結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

西宮市長 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項の規定に基づき、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条の規定に基づく診療報酬により同法に定めるところに従って医療を担当します。

記

(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 (○印)	1. 病院 2. 診療所 3. 薬局 4. その他
診療科名	
保険医療機関番号 (保険薬局番号)	
指定年月日	年 月 日

※ 本申請に関する連絡先

担当者名

電話番号

()