

結核指定医療機関指定申請書

令和 ● 年 △△月 ○○日

(宛先) 東大阪市長

医療機関の種類(○印)	1. 病院 ②. 診療所 3. 薬局
医療機関コード番号(保険薬局番号) ※ 任意でご記入ください	No. ●●-△, △△△, △
医療機関の所在地	〒578-0941 東大阪市岩田町四丁目3番22-300号
(フリガナ) 医療機関の名称	カンセンショウタイサククリニック 感染症対策クリニック
医療機関の開設者等住所 (法人の場合は、法人の住所)	東大阪市荒本北一丁目1番1号
医療機関の開設者等氏名 (法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名)	医療法人 東大阪会 理事長 若江 岩太

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、指定を受けたいので申請します。なお、指定の上は、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。

指定年月日	令和 ● 年 △△ 月 ○○ 日
-------	------------------------------------

本申請書の内容についての連絡先

TEL 072 (960) 3805