様式第6-1号

**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 | № |
| 医療機関の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 医療機関の開設者等住所（法人の場合は、法人の住所） |  |
| 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） | 　　 |

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 　 ( 　　　 ) |