

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	〒
(フリガナ) 医療機関の名称	
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 ()