

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

結核医療機関指定申請書

（宛先）松本市長

開設者（事業者）

住 所 _____

名 称 _____

代 表 者 _____

保険医療機関番号 _____

（保険薬局番号）

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してください。

なお、指定された上は、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項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成11年厚生省告示第42号）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い医療を担当します。

医療機関又は薬局の名称及び所在地

名 称 _____

所在地 _____

（電話番号（ ） ） _____

指定を受けようとする年月日 年 月 日

様式第1号裏面

注 意 事 項

- 1 この申請書に添付すべき書類は、次のとおりです。
 - (1) 病院にあつては、使用許可書の写し
 - (2) 診療所にあつては、使用許可書若しくは開設許可書又は開設届の写し
 - (3) 薬局にあつては、開設許可証の写し

- 2 記載に当たっては、次の事項に留意してください。
 - (1) 「所在地」及び「住所」は番地まで記入すること。
 - (2) 「名称」は略称を用いることなく、正式の名称を記入すること。