様式第１号（第２条関係）

年　　 月　　 日

（宛先）山 形 市 長

医療機関の開設者の住所

医療機関の開設者の氏名

　　　　　　　　　　　　 （法人にあってはその名称並びに代表者の職及び氏名）

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 申 請 書

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（平成１０年法律第１１４号）第３８条第２項の規定による結核指定医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、指定の上は、同法第３８条第３項の規定による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）に基づき医療を担当し、同法第４１条の規定による診療報酬の基準に従い、同法の規定による一切の事項を遵守します。

医療機関の所在地

医療機関の名称

|  |
| --- |
| 山形市保健所受付欄 |
|  |

これから開業する場合、開業予定日

備考

（１）病院及び診療所にあっては、使用許可書の写し又は開設届の写しを添付すること。

（２）薬局にあっては、開設許可証の写しを添付すること。