

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 1 0 年法律第 1 1 4 号）
第 3 8 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 3 8 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 1 1 年厚生省告示第 4 2 号）に基づき医療を担当し、同法第 4 1 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

これから開業する場合、開業予定日

山形市保健所受付欄

備考

- （１）病院及び診療所にあつては、使用許可書の写し又は開設届の写しを添付すること。
- （２）薬局にあつては、開設許可証の写しを添付すること。