

結核医療機関指定申請書

申請年月日

年 月 日

宮崎県知事 殿

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項の規定による結核指定医療機関として、指定され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の基準に従い、同法による医療を担当します。

病院又は診療所(薬局) 名称(フリガナ)	
所在地	〒
電話番号	
医療機関番号	
開設者の氏名(フリガナ) (法人の場合は法人の名称)	印
開設者の住所 (法人の場合は法人の住所)	〒
医療開始(予定)年月 日	年 月 日

記

診療エックス線設備	有 無 (依頼先)
菌 検 査 設 備	塗抹検査 有 ・ 無 (依頼先) 培養検査 有 ・ 無 (依頼先) 感受性検査 有 ・ 無 (依頼先)
担 当 医 師 名 (管理薬剤師名)	

- 記入上の注意
- ・ 医療機関及び開設者の住所については、丁目、番地、号まで正確に記入し、略語による標記はしないこと。
 - ・ 印鑑ははっきりと押すこと。(法人にあっては理事長印)