

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、指定のうえは、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41条の規程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する。

(申請日) 令和 年 月 日

病院若しくは診療所又は薬局の所在地

病院若しくは診療所又は薬局の名称

指定希望年月日(医療の開始日) 年 月 日

病院若しくは診療所又は薬局の開設者

住 所

氏 名

(宛先) 秋 田 市 長

連	担当者名
絡	所 属
先	電話番号

施 設 の 概 況

1 診療科目

2 医師および従業員

医師 名 看護師 名 その他 名

3 病室および収容人員

室 名

4 診療施設

診療用 X 線装置 有

制 作 者

型 式

電 圧

透 視 可

5 社会保険の有無

6 指定理由

結核指定医療機関申請書記入要領

(記入要領)

申請者は「申請書」と「施設の概況」および以下の添付書類を提出してください。

ただし、薬局の場合は「施設の概況」は必要ありません。

(添付書類)

- 1 医療を担当する医師、薬剤師の**免許証の写し**
- 2 医療を担当する医師、薬剤師の**履歴書**
- 3 **平面図**
- 4 診療所の**開設届の写し**
薬局の**開設許可証の写し**
- 5 保険医療機関・保険薬局指定通知書の写し（後日提出も可）

※ 指定希望年月日が申請日以前の場合は、遡及願を提出してください。

何か不明な点がありましたらご連絡ください。

秋田市保健所

健康管理課 感染症・難病担当

TEL：018-827-5250

FAX：018-883-1158

令和 年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

指 定 医 療 機 関 の 所 在 地

指 定 医 療 機 関 の 名 称

指 定 医 療 機 関 の 開 設 者 住 所

指 定 医 療 機 関 の 開 設 者 氏 名

遡 及 願

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の指定について、 年 月 日に遡及し、指定願います。

[理 由]