

(あて先) 浜松市長

申請者 住所

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第 38 条第 2 項の規定による医療機関として指定されたく申請します。

なお、同法を遵守し、記載事項に虚偽がないことを誓約します。

### 記

- 1 病院若しくは診療所又は薬局の所在地
- 2 病院若しくは診療所又は薬局の名称
- 3 病院若しくは診療所又は薬局の開設者

住 所

氏 名

- 4 保険医療機関・保険薬局指定通知内容

指定開始日	年	月	日
-------	---	---	---

コード番号

--	--	--	--	--	--	--

\* 申請時に、保険医療機関・保険薬局指定通知内容が不明の場合は、後日ご連絡ください。