結核指定医療機関指定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

大分県知事　　　　　　　殿

開設者の氏名

（法人の場合は法人の名称及び代表者氏名）

開設者の住所

（法人の場合は法人の住所）

電話番号

　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（以下、「感染症法」という。）第３８条第２項の規定による結核指定医療機関として、下記のとおり指定されるよう申請します。

　なお、指定の上は、感染症法第３８条第７項の規定による知事の指導及び同法第４１条の規定による診療報酬の定めるところに従い、法の規定による感染症患者の医療を担当します。

記

１　医療機関・薬局の名称

２　医療機関・薬局の所在地

３　指定開始日（申請日以降の年月日または申請日と同日とすること）

　　令和　　年　　月　　日

（注）　開設許可証（申請書）等写しを添付してください。