

結核指定医療機関指定申請書

(あて先)

年 月 日

越谷市長

(保健所長を経由すること)

開設者
の住所

*1 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地を記入。

開設者
氏名

印

*1 開設者が法人の場合は法人名称及び代表者の職氏名を記入し、法人の代表者印を押印。個人の場合、署名があれば押印は不要。

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 年 月 日 (*2) から指定を受けたいので下記のとおり申請します。

なお、指定の上は感染症法第38条第7項の規定による市長の指導及び同法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を守ります。

記

医療機関名称	医療機関所在地	
	〒	
標榜科目(薬局は記入不要)	電話番号	全病床数
		1 有()床 2 無
X線設備の保有について	X線設備借用医療機関名	X線設備借用医療機関所在地
1 有(直接・ポータブル・断層・他) 2 無(X線設備借用医療機関を右に記入)		
医療法第7条・第8条・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条(許可・届出・登録)	済 ・ 未	

*1 開設者名及び医療機関名は開設届と相違ないこと

*2 原則として保健所への提出日を記入(遡ることはできません)

添付資料

開設届の写し(申請中の場合は、申請書の写し等)を添付してください。