

様式第 1 号

令和 年 月 日

長野県知事

様

病院又は診療所（薬局）の所在地

〃 名称

〃 開設者住所

〃 開設者氏名

保険医療機関番号

(保険薬局番号)

結核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する。

なお指定の上は、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 38 条第 9 項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成 11 年厚生省告示第 42 号）及び同法第 41 条の規定に基づく診療報酬により、同法の定める所に従って同法による医療を担当する。

本申請書の内容についての連絡先

TEL — —

様式第1号裏面

注 意 事 項

1. この申請書に添付すべき書類は、次のとおりです。
 - (1) 病院にあつては、使用許可書の写し。
 - (2) 診療所にあつては、開設許可書若しくは使用許可書又は開設届写し。
 - (3) 薬局にあつては、許可書の写し。

2. この書類は、所在地を管轄する保健所長を経由して提出してください。

3. この記載にあたっては、次の事項に留意してください。
 - (1) 「所在地」及び「住所」は番地まで記入すること。
 - (2) 「名称」は略称を用いることなく、正式の名称を記入すること。