様式30 　　 年 月 日

熊本県知事 様

病院又は診療所（薬局）の所在地等

郵便番号

所 在 地

電話番号

病院又は診療所（薬局）の名称

病院又は診療所（薬局）の開設者

住所（法人の場合は、法人の住所）

氏名（法人の場合は、法人の名称）

**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（平成１０年法律第１１４号）以下（「感染症法」という。）第６条第１６項及び第３８条第２項の規定に基づく医療機関として指定せられたく申請する。

なお、指定のうえは、感染症法第３８条第７項の規定に基づく指導及び同法第４１条の規定に基づく診療報酬の例により、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。

医療機関コ－ド （ ）

指定希望年月日 　　 年 月 日

* 医療機関であることを確認できる書類（開設許可証等）と九州厚生局からの「指定通知書」の写しを添付してください。