

様式第 24 号

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

広島県知事様

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住 所

氏 名

印

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条に規定する医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、同法第37条第1項に規定する医療を担当するため、同法第41条の規定による診療報酬の基準に従い、同法に規定する一切の事項を遵守します。

|       |            |
|-------|------------|
| 指 定 日 | ※申請日の翌月の1日 |
|-------|------------|

※ 既に結核患者の治療を行っているため、年 月 日に遡って指定してください。

注 指定日は、原則、申請日の翌月1日になります。既に結核患者の治療を行っている場合は、その日付を記載してください。