|  |
| --- |
| 医　療　機　関　又　は　薬　局 |
| 名                      称 |  |
| 所        在        地 |  |
| 指定希望年月日 |  |

様式第２８号(第２２条関係)

結 核 医 療 機 関 指 定 申 請 書

 年 月 日

大分市長 　　 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第３８条第２項の規定によ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３８条第３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、同法の定めるところに従って同法による医療を担当します。

添付書類

開設許可証（申請書）等の写し