

(様式第 4 9 号)

年 月 日

石川県知事 様
(保健所経由)

申請者 住 所
(開設者)
氏 名

㊞

結核指定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 3 8 条第 2 項の規定による結核指定医療機関として、下記の医療機関の指定を申請します。

なお、指定によって同法第 3 8 条第 3 項の規定による感染症指定医療機関医療担当規定及び同法第 4 1 条の規定による診療報酬によって結核医療を担当します。

記

医療機関 所在地

名 称

保険医療機関コード