第46号様式の2

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

申請者　住所

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します。

　なお、同法を遵守し、記載事項に虚偽がないことを誓約します。

記

１　病院若しくは診療所又は薬局の所在地

２　病院若しくは診療所又は薬局の名称

３　病院若しくは診療所又は薬局の開設者

　　　　　住　所

氏　名

４　保険医療機関・保険薬局指定通知内容

指定開始日 　　　　　　年　　　月　　　日

コード番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

＊ 申請時に、保険医療機関・保険薬局指定通知内容が不明の場合は、後日ご連絡ください。