

表面

結核指定医療機関指定申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

医療機関の種類（○印） 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局 4. 訪問看護ステーション等

医療機関の所在地

医療機関の名称
(フリガナ)

医療機関の開設者等住所
(法人の場合は、法人の住所)

医療機関の開設者等氏名

⑤

(法人の場合は、法人の名称、代表者職氏名)

保険医療機関番号
(保険薬局番号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 項の規定による結核指定医療機関として指定されたいので申請します。

なお、指定の上は、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 37 条の 2 第 1 項に規定する医療を担当するとともに、同法第 38 条第 7 項の規定に従います。

※ 指定訪問看護事業者等は、住所の部分は主たる事務所の所在地を記入してください。

本申請書の内容についての連絡先
藤沢市役所保健医療部
藤沢市保健所保健予防課
TEL 0466-25-1111

裏面

結核指定医療機関指定同意書

年 月 日

藤 沢 市 長

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及びこれに基づく命令の定めるところに従い、結核医療を担当するため、結核指定医療機関の指定を受けることに同意します。

医療機関所在地		医療機関名称	
住 所		氏 名	
医療機関の種類（○印） 1. 病院 2. 診療所 3. 薬局 4. 訪問看護ステーション等		電話番号	全病床数
X 線設備の所有	X 線設備借用医療機関名	X 線設備借用医療機関 所在地	
1 有（直接・ポータブル・断層・その他）			
2 無（X 線設備借用医療機関 について右の欄に記入）			

※指定訪問看護事業者等は、住所の部分は主たる事務所の所在地を記入してください。