様式第66号

令和　　　年　　月　　日

岩手県　　　保健所長　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者　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項の規定による結核指定医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　病院若しくは診療所又は薬局の名称 | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| ２　病院若しくは診療所又は薬局の所在地 | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| ３　指定希望年月日及びその理由 | | | | | | | | | | | |
| (１) | 令和　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
| (２) | 理　由： | |  | | | | | | | | |
| ４　医療機関コード | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |