

様式第1号

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（以下「法」という。）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るよう申請します。

なお、指定の上は、法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年厚生省令告示第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。

記

医療機関の名称	
医療機関の開設者	
医療機関の所在地	〒
医療機関の電話番号	
診療科目	
健康保険法による指定年月日	年 月 日
開設年月日	年 月 日
医療機関コード番号	

年 月 日

（あて先）仙台市保健所長

住所

（法人の場合は、法人の住所）

開設者

氏名

（法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名）

收受印

本申請書の内容についての連絡先
担当者名： _____
電話番号： _____

結核指定医療機関変更届出書

指 定 番 号		第 号
指 定 医 療 機 関 の 名 称		
指 定 医 療 機 関 の 所 在 地		〒
変 更 事 項	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 理 由		1 医療機関の所在地等の変更はなく，医療機関の名称を変更 2 住居表示の変更等により，医療機関の所在地の名称・呼称・地番変更 3 婚姻，養子縁組，法人の名称変更などにより，開設者の名称変更 4 開設者の住所変更 *法人の代表者変更の場合は，届出不要です。
変 更 年 月 日		年 月 日

上記のとおり変更します（しました）のでお届けします。

年 月 日

（あて先）仙台市保健所長

住所

（法人の場合は，法人の住所）

開設者

氏名

（法人の場合は，法人の名称及び代表者職氏名）

収受印

本申請書の内容についての連絡先 担当者名： _____ 電話番号： _____

結核指定医療機関辞退届出書

医療機関の名称	
医療機関の開設者	
医療機関の所在地	〒
医療機関コード番号	
指 定 番 号	第 号
指 定 年 月 日	年 月 日
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 の 理 由	1. 指定医療機関の廃止 2. 診療所を廃止し病院を開設（又は病院を廃止し診療所を開設） 3. 指定医療機関の所在地移転 4. 指定医療機関の開設者の異動（法人の代表者変更を除く） 5. その他（ ）

上記のとおり結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、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8項の規定によりお届けします。

年 月 日

（あて先）仙台市保健所長

住所

（法人の場合は、法人の住所）

開設者

氏名

（法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名）

収受印

本申請書の内容についての連絡先
担当者名： _____
電話番号： _____