

(様式第 4 - 2 6 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第 3 8 条の第 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く申請します。

なお、指定のうえは、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 3 8 条第 3 項及びこの規程に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成 1 9 年 3 月厚生省告示第 1 2 2 号）及び同法第 4 1 条の規定に基づき、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。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所

名称

(あて先) 秋田県 保健所長

*添付する書類

- ・病院若しくは診療所においては、「開設届の写し」
- ・薬局においては「薬局開設許可証の写し」

*連絡先

担当者氏名	
所属	
電話	