

所在地は必ず、「〇丁目〇番〇号」「〇丁目〇番地の〇〇」など住居表示どおりに記載して下さい。

第20号様式(第19条関係)

令和●年 ●月 ●日

練馬区長 殿

〒●●●●-●●●●

病院又は診療所(薬局)の所在地
病院又は診療所(薬局)の名称

練馬区●町●丁目●番●号
医療法人社団 ●●会●●クリニック
電話●●-●●●●●-●●●●●

病院又は診療所(薬局)の開設者
住所(法人の場合は、法人の住所)

練馬区●町●丁目●番●号

病院又は診療所(薬局)の開設者
氏名(法人の場合は、法人の名称)

医療法人社団 ●●会
電話 ●●-●●●●●-●●●●●

結核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、「感染症法」という。)第38条第2項の規定による医療機関として、指定されたいので申請します。

なお、指定の上は感染症法第38条第7項の規定による区長の指導及び同法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を守ります。

記

担当医師名又は管理薬剤師名		練馬 太郎			
病診療 院所	診察 科目	内科・小児科		用 医 療 機 関	名 称
	エック ス 線 設 備	有 無	(<u>直接</u> ・ポータブル・断層) (エックス線利用医療機関欄に記入)	利	所 在 地
医療法第7条・ <u>第8条</u> ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条(許可・ <u>届出</u> ・登録) <input checked="" type="checkbox"/> 済 ・ 未					

保健所長の意見	結核指定医療機関として適当と認める。 年 月 日 保健所長 印
---------	---

保健所記入欄になります。保健所長が適当であると認めた日が指定日になります。既に、結核患者の診療を行っている医療機関など、指定日を遡及する必要がある場合は、「遡及願」を同時に提出してください。