

結核指定医療機関申請書

平成 年 月 日

相模原市長 殿

病院、診療所又は薬局の所在地

病院、診療所又は薬局の名称

病院、診療所又は薬局の開設者

住 所

氏 名

(法人その他の団体にあつては、法人等の所在地、名称
及び代表者の氏名)

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項に規定する相模原市長の指導に従います。

結核指定医療機関指定申請添付書類

医 療 機 関 名	
診 療 科 目	
保 険 指 定 の 有 無	健康保険法 国民健康保険法 生活保護法 有・無 有・無 有・無
診療用エックス線装置 の 有 無	有・無 (有の場合その内容 間接 直接 その他)
点 数 表 の 区 分	病 院 ・ 診 療 所
許 可 病 床 数	一 般 感染症 精 神 その他 床 床 床 床
一 日 平 均 外 来 患 者 数	一 般 結 核 (予 定) 人 人
職 員 構 成	医 師 看 護 婦 薬 剤 師 その他 人 人 人 人
管理医師（薬剤師）氏名	
医 籍 登 録 年 月 日 号 登 録 番 号	年 月 日 第 号
レセプト請求に使用する 医 療 機 関 コ ー ド	