

## 結核指定医療機関指定申請書

令和 年 月 日

大分県知事 殿

開設者の氏名 印

(法人の場合は法人の名称及び代表者氏名)

開設者の住所

(法人の場合は法人の住所)

電話番号

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 項の規定による結核指定医療機関として、下記のとおり指定されるよう申請します。

なお、指定の上は、感染症法第 38 条第 7 項の規定による知事の指導及び同法第 41 条の規定による診療報酬の定めるところに従い、法の規定による感染症患者の医療を担当します。

### 記

- 医療機関・薬局の名称  
医療機関コード ( )
- 医療機関・薬局の所在地

(注) 開設許可証（申請書）等写しを添付してください。