

結核指定医療機関指定届

年 月 日

(あて先) 川崎市長

病院、診療所若しくは薬局の開設者

住所 _____

氏名 _____ 印

〔法人にあつては、主たる事務所の
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 項の規定による医療機関として 年 月 日をもって指定を受けたいので届け出ます。

なお、指定の上は、感染症指定医療機関医療担当規程(平成 11 年厚生省 告示第 42 号)及び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 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。

〒

病院、診療所、薬局の所在地

川崎市 区 _____

(電話番号: _____)

(E-Mail: _____ @ _____)

病院、診療所、薬局の名称

(医療機関コード _____)