様式第24号

結核指定医療機関指定申請書

　　　　　年　　　月　　　日

　広　島　県　知　事　　様

　住　　　所

　氏　　　名

（法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名）

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条に規定する医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、同法第37条第１項に規定する医療を担当するため、同法第４１条の規定による診療報酬の基準に従い、同法に規定する一切の事項を遵守します。

|  |  |
| --- | --- |
| 　指　定　日 | ※申請日の翌月の１日 |

※　既に結核患者の治療を行っているため、　　　年　　　月　　　日に遡って指定してください。

注　指定日は、原則、申請日の翌月１日になります。既に結核患者の治療を行っている場合は、その日付を記載してください。