

年 月 日

感染症指定医療機関（結核指定医療機関）指定同意書

愛媛県知事 様

病院または診療所
(薬局) の開設者
住 所
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（平成10年法律第114号）第38条第2項の規定に基づく結核指定医療機関として指定されることに同意します。

なお、指定のうえは、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38条第3項の規定に基づく感染症指定医療機関医療担当規程（平成11年3月厚生労働省告示第42号）及び同法第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 (該当を○で囲む)	名 称			
	所 在 地			
	診療科目			
管理者氏名				
病 床 数	一 般	床	結 核	床
他法による指定	健康保険法	有・無	申請中	年 月 日指定
	生活保護法	有・無	申請中	年 月 日指定

(注) 1 指定医療機関開設者の住所及び氏名については、法人の場合は、所在地及び名称を記載すること。

2 この申請書に次の書類（写し）を添付すること。

病 院・・・使用許可書又は開設届

診 療 所・・・開設許可書又は使用許可書若しくは開設届

薬 局・・・開設許可書