

# 結核指定医療機関指定同意書

年 月 日

(宛先) 小樽市長

開設者の住所  
(法人の場合は法人の所在地)

開設者の氏名  
(法人の場合は法人の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の指定を受けることに同意します。

なお、指定された上は、同法第41条第1項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、同法の医療を担当します。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関診療科名

指定を受けようとする年月日 年 月 日

・ 保険医療機関指定番号 ( )  
・ 保険医療機関指定年月日 ( 年 月 日)