

結核指定医療機関指定同意書

神戸市保健所長 あて

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指定されることに同意します。

なお、指定のうえは、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。

令和 年 月 日

医療機関の所在地 〒

☎ ()

医療機関の名称

医療機関診療科目

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名前)

※各区保健福祉部記入欄

	受付印
受付(指定)年月日、または受付日以降で医療機関が指定を希望する日 令和 年 月 日 神戸市医師会：1 会員 2 非会員 結核健康診断委託契約書：有 無 委任状(医師会会員のみ必要)：有 無	