

所在地は必ず、「〇丁目〇番〇号」「〇丁目〇番地の〇〇」など住居表示どおりに記載して下さい。
ハイフン(-)は使用しないでください。

第9号様式の2(第10条の2関係)

令和元年 8月 15日

東京都知事 殿

病院又は診療所(薬局)の所在地 〒204-0022
清瀬市松山〇丁目△番□号
病院又は診療所(薬局)の名称 東京クリニック
電話03-5320-4483
病院又は診療所(薬局)の開設者 新宿区西新宿二丁目8番1号
住所(法人の場合は、法人の住所)
病院又は診療所(薬局)の開設者 医療法人社団 東京会[㊟]
氏名(法人の場合は、法人の名称) 電話 03-5320-4483

結核指定医療機関指定申請書

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(以下「感染症法」という。)第38条第2項の規定による医療機関として、指定されたいので申請します。

なお、指定の上は感染症法第38条第7項の規定による知事の指導及び同法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を守ります。

記

担当医師名又は管理薬剤師名		都 京 子			
病 診 療 科 院 所	診 察 科 目	内科・小児科		エ 用 ッ 医 ク ス 療 線 機 利 関	名 称
	エ ッ ク ス 線 利 用 機 関	⑦ (直接・ポータブル・断層) (エックス線利用医療機関欄に記入)	無	所在地	
医療法第7条・第8条・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条(許可・届出・登録)⑨・未					

医療機関であることを確認
できる書類【開設許可証(届
出書)の写し】を同時に提
出してください。

保健所長の意見	結核指定医療機関として適当と認める。 年 月 日 保健所長 印
---------	---------------------------------------

保健所長が適当であると認めた日が指定日になります。
既に、結核患者の診療を行っている医療機関など、指定日を遡及
する必要がある場合は、「遡及願」を同時に提出してください。

(日本産業規格A列4番)