第19号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　墨田区長　あて  (病院、診療所又は薬局)  所在地  名称  (開設者)  住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 開設者が法人にあっては、その事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名 | | | | |  | |
| 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「法」という。)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について、下記のとおり申請します。  　なお、指定を受けた場合は、法に基づく医療を担当するため、法の規定による一切の事項を遵守します。  記 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 担当医師名又は管理薬剤師名 | | | | |  | | | | | | |  |
| 病院診療所 | 診療科目 |  | | | | | エックス線利用医療機関 | 名称 | |  | |
| エックス線設備 | 有 | | 直接・ポータブル・断層 | | | 所在地 | |  | |
| 無 | | ※エックス線利用医療機関欄に記入 | | |
| 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) | | | | | | | | | 済・未 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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  墨田区保健所長　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |

(A4)