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)