

東京都知事 殿

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

病院又は診療所（薬局）の所在地

病院又は診療所（薬局）の名称及び

電話

病院又は診療所（薬局）の開設者住所

（法人の場合は、法人の住所）

病院又は診療所（薬局）の開設者氏名

（法人の場合は、法人の名称）

電話

印

医療機関指定申請書

結核予防法第36条第1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、指定のうえは結核予防法第36条第2項の規定による結核予防法指定医療機関医療担当規定（昭和26年厚生省告示第223号）及び同法第39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					
病診 療 院所	診療 科目		X医 線療 利機 用関	名 称	
	X線 設備	有（直接・ポータブル・断層） 無（X線利用医療機関欄に記入）		所 在 地	
医療法第7条・第8条・薬事法第5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				
	保健所長				印