

# 結核指定医療機関指定申請書

病院・診療所（薬局）等の名称	
所在地	
診療科目	
診療用 X 線装置の有無	有 ・ 無 台 ( 型 製)
他の機関の装置を利用する場合	受託者 住所： 名称：

上記のとおり、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 項の規定による医療機関として指定を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

病院又は診療所（薬局）等の

所在地

電話番号

名称

開設者氏名

(法人の場合は法人の名称)

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ、法人の場合は法人の住所)

印

-----  
【ご注意】

指定日は、申請書提出日以降、知事が適当であると認めた日となります。遡及を希望する場合は下記に希望する日付と理由を記入願います。(但し、遡及できない場合もあります)

※ 指定を希望する日	：	令和	年	月	日
理由	：				

【付属書類】

病院・診療所開設届（写）、又は薬局開設許可証（写）

（添付書類は除く）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・提出部数 2部

管理医師等履歴書、医師等免許書（写）、付近見取図、診療所等見取図・・・提出部数 1部