

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。

令和 2年 4月 1日

東京都北区保健所長 殿

病院又は診療所(薬局)の所在地

北区東十条二丁目7番3号

病院又は診療所(薬局)の名称

北区クリニック

電話 03-3919-3101

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)

北区王子本町一丁目15番22号

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)

医療法人社団 北区会

印

電話 03-3908-1111

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項の規定による北区保健所長の指導及び同法第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		北区 飛鳥			
病診療 院所	診察 科目	内科・小児科		医 療 機 関 利 用 関	名 称
	エ ク ス 線 設 備	有 無	(直接)・ポータブル・ 断層) (エックス線利用医療 機関欄に記入)	機 関 利 用 関	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)済・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)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

東京都北区保健所長

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)