

様式第 1 号

年 月 日

(あて先) 金 沢 市 長

申請者 住 所
(開設者)

氏 名

㊟

電話番号

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第 38 条第 2 項の規定による医療機関として、下記の医療機関を指定されることを申請します。

なお、同法による結核医療を担当するため、同法に規定するすべての事項を遵守します。

記

医療機関 (薬局) 所在地 金沢市

名 称

保険医療機関(薬局)コード