第８号様式の２（第９条の２関係）

**所在地は、「○丁目○番○号」「○丁目○番地の○○」など住居表示どおりに記載して下さい。**

**ﾊｲﾌﾝ(-)は使用しないで下さい。**

**令和６**　年**4**月　**5**日

中野区保健所長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 病院又は診療所（薬局）の所在地 | **〒１６４－０００１**  **中野区中野二丁目１７番４号** |
| 病院又は診療所（薬局）の名称 | **中野区保健予防クリニック**  **押印不要**  **電話０３－３３８２－６５７７** |
| 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） | **〒１６４－０００１**  **中野区中野二丁目１７番４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　中野区会**  **押印不要**  **電話０３－３３８２－６５７７** |

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９項の規定による区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 | | | | | **都　京子** | | | | |
| 病  院 | 診  療  所 | 診察  科目 | **内科・小児科** | | Ｘ  線  利  用 | 医  療  機  関 | 名　称 |  | |
| Ｘ線  設備 | 有 | （間接・直接・  移動型・断層） | 所在地 | **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）の写し】を同時に提出してください。** | |
| 無 | （右Ｘ線利用医療機関欄に記入） |
| 医療法第７条・第8条又は医薬品、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条に基づく（許可・届出・登録） | | | | | | | | | 済　・　未 |