

年 月 日

兵庫県 県民局長 様
(健康福祉事務所)

医療機関開設者

(開設者が法人にあつては代表者氏名) _____

開設者住所

(法人にあつては法人事務所所在地) _____

結核指定医療機関の指定について

みだしのことについて、下記の医療機関が指定を受けるにあたり、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に定めるほか、感染症指定医療機関医療担当規程に定めるところにより、結核患者に対する適正な医療を担当することに同意します。

記

- 1 指定を受ける医療機関名
- 2 指定を受ける医療機関所在地

年 月 日

兵庫県 県民局長 様
(健康福祉事務所)

医療機関開設者
(開設者が法人にあつては代表者氏名) _____
開設者住所
(法人にあつては法人事務所所在地) _____

結核指定医療機関の名称等の変更について

みだしのことについて、 年 月 日に指定を受けた医療機関について、下記のとおり変更しましたので申し出ます。

記

変更事項

変更する項目	変更前	変更後

結核指定医療機関辞退届出

兵庫県 県民局長 様
(健康福祉事務所)

年 月 日をもって感染症法による結核指定医療機関としての指定を辞退したいので、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8項の規定により届出ます。

年 月 日

辞退する理由

[]

医療機関名 _____

医療機関開設者
(開設者が法人にあつては代表者氏名) _____

開設者住所
(法人にあつては法人事務所所在地) _____

紛失届出

兵庫県 県民局長 様
(健康福祉事務所)

結核指定医療機関の指定書を紛失したので届出ます。

年 月 日

理由

[]

医療機関名 _____

医療機関開設者
(開設者が法人にあつては代表者氏名) _____

開設者住所
(法人にあつては法人事務所所在地) _____