様式第66号

令和　　年　　月　　日

岩手県　　保健所長　　様

開設者　住　所

氏　名

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項の規定による結核指定医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

１　病院若しくは診療所又は薬局の名称

２　病院若しくは診療所又は薬局の所在地

３　指定希望年月日及びその理由

（1）令和　　年　　月　　日

（2）理　由：

４　医療機関コード