

様式 1

結核指定医療機関指定同意書

年 月 日

(あて先) 札幌市長

開設者の住所
(法人の場合は法人の所在地)

開設者の氏名 印
(法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

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 年 月 日付けをもって指定されることに同意します。

なお、指定のうえは、同法第 41 条第 1 項の規定に基づく診療報酬により、同法の定めるところに従って、同法の医療を担当します。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関診療科名