

第40号様式(規則第11条関係)

年 月 日

那覇市長 宛

(開設者)
住 所

氏 名 印
電話番号

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称、代表者の氏名及び電話番号 〕

結核指定医療機関指定申請書

結核指定医療機関の指定を受けたいので、那覇市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施行細則第11条第1項の規定により次のとおり申請します。

☐ 病 院 ☐ 診療所 ☐ 薬 局	所 在 地	
	名 称	
	指定希望年月日	年 月 日

(添付書類) 薬局の場合にあっては、開設許可証の写し