

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

名 称	(フリガナ)		医療機関コード								
所 在 地	〒 - Tel () -										
開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載)	氏名(名称等)	(フリガナ)									
		年 月 日									
	住所(所在地)	〒 -									
管理者の氏名、生年月日及び住所	氏名	(フリガナ)							生年月日	年 月 日	
		〒 -									
住所											
診 療 科 名											
病 床 数	一般	床 (床)		結核	床 (床)						
	療養	床 (床)		感染症	床 (床)						
	精神	床 (床)									
健康保険法による指定	有 ・ 指定申請中			有効期間	年 月 日から		年 月 日まで				
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による指定	有 ・ 無 ・ 指定申請中				年 月 日指定(申請)						
生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無	有 ・ 無	左欄の「有」に該当する場合で、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師がいる場合、その医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。	氏 名								
現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日	年 月 日 (更新の場合のみ記載)										

上記のとおり指定を申請します。

平成 年 月 日

高知県知事 様

〒 -
住 所

申請者(開設者)

Tel () -

氏 名

印