

(様式第 501 号)

同意書

結核指定医療機関の指定にかかる同意について

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第 38 条第 2 項に基づく同意をするとともに、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します。

記

同意する医療機関情報	
1 医療機関名称	
2 医療機関所在地	
3 指定予定年月日	年 月 日

年 月 日

兵庫県 県民局（センター）長 様
（健康福祉事務所）

同意者の情報

医療機関の

開設者名※

開設者の住所

又は所在地※

電話(FAX)

電子メール

※法人開設の場合は、法人名称及び法人所在地を記入願います。

(様式第 503 号)

年 月 日

兵庫県 県民局 (センター) 長 様
(健康福祉事務所)

届出者の情報

医療機関の

開設者名※

開設者の住所

又は所在地※

電話(FAX)

電子メール

※法人開設の場合は、法人名称及び法人所在地を記入願います。

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、下記のとおり変更がありましたので申し出ます。

記

変更事項	変更年月日	添付書類※
<input type="checkbox"/> 医療機関の名称 <input type="checkbox"/> 医療機関開設者の氏名 <input type="checkbox"/> 医療機関の所在地 (移転を除く) <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 住居表示通知 <input type="checkbox"/> 住民票移し <input type="checkbox"/> 法人登記写し
変更前	変更後	

※法人代表者の変更によるものは除く

(様式第 504 号)

兵庫県 県民局 (センター) 長 様
(健康福祉事務所)

届出者の情報

医療機関の

開設者名※

開設者の住所

又は所在地※

電話(FAX)

電子メール

※法人開設の場合は、法人名称及び法人所在地を記入願います。

結核指定医療機関の辞退について

結核指定医療機関を辞退したいので、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 項の規定に基づき、下記のとおり届出ます。

記

辞退予定の医療機関情報	
1 医療機関名称	
2 医療機関所在地	
3 辞退する理由	
4 辞退予定年月日	年 月 日

注) 辞退予定年月日の 30 日前までに届出が必要です