

所在地は必ず、「〇丁目〇番〇号」「〇丁目〇番地の〇〇」など住居表示どおりに記載して下さい。  
ハイフン(-)は使用しないでください。

第18号の2様式（第15条の2関係）

平成28年 4月 10日

新宿区長 宛て

病院又は診療所(薬局)の所在地

〒162-0022  
新宿区新宿五丁目18番21号

病院又は診療所(薬局)の名称

新宿五丁目クリニック

電話03-5273-3859

病院又は診療所(薬局)の開設者住所(法人の場合は、法人の住所)

新宿区新宿五丁目18番21号

病院又は診療所(薬局)の開設者氏名(法人の場合は、法人の名称)

医療法人社団 新宿会 ㊞

電話 03-5273-3859

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（以下「感染症法」という。）第38条第2項の規定による結核指定医療機関として、指定されたいので申請します。

なお、指定の上は感染症法第38条第7項の規定による新宿区長の指導及び感染症法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、感染症法による医療を担当するため、感染症法の規定による一切の事項を守ります。

記

担当医師名又は管理薬剤師名		新宿 花子		
病診療 院所	診察科目	内科・小児科		エックス線 利用医療 機器 関係 所在地
	エックス線 設備	有	( <u>直接</u> )・ポータブル・断層 無 (X線利用医療機関欄に記入)	
医療法第7条・ <u>第8条</u> ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条(許可・ <u>届出</u> ・登録) ㊞・未				

平成28年 4月10日

新宿区長 あて

指定医療機関の所在地 **新宿区新宿五丁目18番21号**

指定医療機関の名称 **新宿五丁目クリニック**

指定医療機関の開設者住所 **新宿区新宿五丁目18番21号**

指定医療機関の開設者氏名 **医療法人社団 新宿会** ㊞

## 遡 及 願

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項の規定による医療機関の指定について

平成28年 4月 1日に遡及し、指定願います。

[ 理 由 ]

上記年月日より、結核患者の治療を行っているため。