

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律に基づく指定医療機関

指定
指定更新

申請書

記載例

| | | | | |
|---|---|---|--|----------------------|
| 名称 | (フリガナ) イリョウホウジン クラシキシヤクシヨシンリョウシヨ 医療法人 倉敷市役所診療所 | 医療機関コード | | |
| 所在地 | 〒 710 - 8565 倉敷市西中新田640番地 | 086-426-3357 開設許可証等に記載されている名称を記入 | | |
| 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) イリョウホウジン クラシキシヤクシヨシンリョウシヨ リジチョウ クラシキ タロウ 医療法人 倉敷市役所診療所 理事長 倉敷 太郎 | 生年月日 | 年 月 日 開設者が法人の場合は生年月日は記入不要 | |
| | 住所(所在地) | 〒 710 - 8565 倉敷市西中新田640番地 | 086-426-3357 | |
| | 管理者の氏名、生年月日及び住所 | 氏名 (フリガナ) クラシキ コジロウ 倉敷 小次郎 | 生年月日 | H 2 年 2 月 9 日 |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 ・ 指定申請中 | 空欄で提出された場合はこちらで記入させていただきます H 2 年 2 月 9 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ 個人開設でかつ、おおむね開設者のみまたは開設者とその親族のみが診療・調剤を行う場合は「有」としてください。 ※「有」の場合は『更新申請』の免除対象に該当するため有効期間は自動的に更新されます(更新申請不要)。 | |
| 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 | 記入不要 | 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。

令和 **2** 年 **5** 月 **10** 日

(申請先)

倉 敷 市 長 宛

住 所 **倉敷市西中新田640番地**

申請者(開設者)

医療法人 倉敷市役所診療所

氏 名

理事長 倉敷 太郎

届出者が個人の場合

・届出者本人の住所・氏名

届出者が法人の場合

・法人の所在地(医療機関等との所在と法人の主たる事務所が異なる場合は、主たる事務所の所在地を記載してください)。
・代表者の職・氏名を記載してください。