指定医療機関指定申請書

記入例

様式1-1

（病院・診療所・薬局・介護医療院）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関等 | 名　称 | **医療法人　おおさか会　おおさか病院**　　 |
| 所在地 | **〒000-0000**　　　　　　　　　　　　　　**大阪府〇〇市〇町○番○号**電話（　**06**　）**0000 - 0000** |
| 種　　別（いずれかに○をしてください） | １医科　　３歯科４薬局　　B介護医療院 | 医療機関コード | **１** | **２** | **―** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| 開　設　者 | 住所又は所在地 | **〒000-0000**　　　　　　　　　　　　　　**大阪府△△市△町△番△号**電話（　**06**　）**0000 - 0000**生年月日・職名は法人は記入不要 |
| 氏名又は名称 | **医療法人　おおさか会　理事長　大阪　花子** |
| 生年月日 |  | 職　名 |  |
| 標榜している診療科目（病院・診療所のみ記載） | **神経内科、外科、内科**保健医療機関として届け出ている管理者を記載 |
|  | 職名 | 氏名 |
| 管理者の職・氏名 | **理事長・管理者** | **大阪　花子** |
| 役員の職・氏名 | **理事** | **大阪　太郎**書ききれない場合は、「別紙のとおり」と記載してホームページの「役員名簿」（別紙）へ記入・添付して下さい。 |
| **理事** | **大阪　次郎** |
|  |  |
|  |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第１４条第１項の規定による指定医療機関として指定されたく申請します。また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。20××年　×月×日開設者法人の場合は所在地住　所　　　　　　　　　　　**大阪府△△市△町△番△号**法人の場合は名称及び代表者の職・氏名氏　名　　　　　　　 　　　**医療法人　おおさか会　理事長　大阪　花子**　　　　　　　　　　　　　　　大阪府知事　様 |

※「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること。