|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問看護  ステーション等 | 名　称 | | **おおさか訪問看護ステーション　大手前出張所** | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | **〒540-8570**  **大阪府大阪市中央区大手前２丁目○番○号**  **電話（　06　）6941-○○○○** | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号 | | | **２** | **７** | **６** | **０** | **０** | | **―** | **０** | **０** | **０** | **０** | **０** |
| 指定訪問看護事業者  指定居宅サービス  事業者  指定介護予防サービス  事業者 | 名　　称 | | **株式会社　おおさか** | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | **〒540-8570**　**大阪府大阪市中央区大手前２丁目○番○号**  **電話（　06　）6941-○○○○** | | | | | | | | | | | | |
| 代　表　者 | 住　所 | **〒540-8570**　**大阪府大阪市中央区大手前２丁目○番○号**  **電話（　06　）6941-○○○○** | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | **大阪　花子** | | | | | | | | | | | | |
| 生年  月日 | **昭和1年1月1日** | | 職　名 | | | | **株式会社おおさか 代表取締役** | | | | | | |
|  | | | 職　名 | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 管理者の職・氏名 | | | **代表取締役・管理者** | **大阪　花子**  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。 | | | | | | | | | | | |
| 役員の職・氏名 | | | **取締役** | **大阪　太郎** | | | | | | | | | | | |
| **取締役** | **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。    申請書の裏面を御確認ください。  〇〇〇年　〇月**〇**日  指定訪問看護事業者  指定居宅サービス事業者  指定介護予防サービス事業者  法人の場合は、代表者印を押印してください。  法人の場合は所在地  住　所　　　　　　　　　**大阪府大阪市中央区大手前２丁目○番○号**  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名　　　　　　　 　**株式会社　おおさか**  **代表取締役　大阪　花子**  大阪府知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | |

記入例

様式1-2

指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）