指定医療機関指定申請書

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 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  |  | | **―** |  |  |  |  |  |
| 開　設　者 | 住所又は所在地 | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 氏名又は名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 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） | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | 職名 | | | 氏名 | | | | | | | | | |
| 管理者の職・氏名 | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 役員の職・氏名 | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| 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。  　　　年　　月日  開設者  法人の場合は所在地  住　所  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名  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。