指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

様式1-2

※「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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問看護  ステーション等 | 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　－　　　　　　　　　 電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  事業者番号 | | **２** | **７** | **６** |  |  | | **―** | |  |  | |  |  |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | 〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 代　表　者 | 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年  月日 |  | | | | | | | 職　名 | | |  | | | |
|  | | | 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  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 | | | | | | | | | | | | | | | | |