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）

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

住　所（法人の場合は所在地）

氏　名（法人の場合は名称及び代表者の職・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