

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

(病院又は診療所)

保険医療機関	ふりがな 名 称	(医療機関コード — )
	ふりがな 所 在 地	〒 — TEL ( )
開 設 者	ふりがな 住 所	〒 — TEL ( )
	ふりがな 氏 名	
標榜している診療科目※		
主として担当する医師の経歴		(別紙)
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>		

※標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみ記載することができる。

※読み間違いが発生する恐れのある氏名(名称)や住所(所在地)が含まれる場合は、その部分にふりがなをお願いします。