

指定医療機関指定申請書
(病院・診療所・薬局・介護医療院)

保険医療機関等	名 称	医療法人 おおさか会 おおさか病院									
	所在地	〒000-0000 大阪府〇〇市〇町〇番〇号 電話 (06) 0000 - 0000									
	種 別 (いずれかに○をしてください)	1 医科 4 薬局	3 歯科 B 介護医療院	医療機関 コード	1	2	—	3	4	5	6
開設者	住所又は所在地	〒000-0000 大阪府△△市△町△番△号 電話 (06) 0000 - 0000									
	氏名又は名称	医療法人 おおさか会 理事長 大阪 花子									
	職 名										
標榜している診療科目 (病院・診療所のみ記載)		神経内科、外科、内科									
		保健医療機関として届け出ている管理者を記載									
管理者の職・氏名		理事長・管理者		大阪 花子							
役員の職・氏名	理事		大阪 太郎								
	理事		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。 20××年 ×月 ×日 開設者 住 所 (法人の場合は所在地) 大阪府△△市△町△番△号 氏 名 (法人の場合は名称及び代表者の職・氏名) 医療法人 おおさか会 理事長 大阪 花子 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。