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 |  |
| 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。