

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	〒 一 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	〒 一 電話 ()										
	住 所	〒 一 電話 ()										
	代 表 者	氏 名										
	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