

様式1-3 指定医療機関指定申請書(病院・診療所・薬局・介護医療院)

申請件数計 () 件

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	診療科目	開設者 (氏名又は名称)	開設者の住所又は所在地	役員の職・氏名	管理者の職・氏名
例	12-3456	医療法人〇〇会〇〇クリニック	123-4567	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	12-3456-7890	内科	医療法人〇〇会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	理事長 山田 太郎 理事 山田 A子 : ※1	山田 花子
1										
2										
3										
4										
5										
6										

上記の通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

住所(法人にあっては所在地)

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

注1:役員の職・氏名がセルに入りきらない場合は別紙にご記入ください。また機関ごとに役員が異なる場合はシートを複写してご使用ください。

注2:7機関以上を同時申請される場合は別シートにご記入ください

