

様式1-4 指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

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	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 (代表者役職・氏名)	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 代表者住所	主たる事務所の所在地	役員の職・氏名	管理者の 職・氏名
例	12-3456	社会福祉法人〇〇クリニック	123-4567	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	12-3456-7890	社会福祉法人〇〇会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	〒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

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(法人にあっては所在地)
氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

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

様式1-4 指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

[illegible]

別紙

役員の職及び氏名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]