

様式2-3 指定医療機関指定更新申請書(病院・診療所・薬局・介護医療院)

変更箇所を黄色にしてください

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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新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

役員の職及び氏名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]