

様式2-4 指定医療機関指定更新申請書（訪問看護ステーション等）

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	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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を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

別紙

役員の職及び氏名

申請者（法人）名（ ）

[illegible]