（様式第１号）

大阪府難病医療協力病院申請書

年　　月　　日

大阪府知事　　吉村　洋文　様

所在地

病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

大阪府難病医療協力病院の選定について

　大阪府難病医療協力病院として選定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

【添付書類】

　　・様式第３号　別紙１～２