

指定医療機関指定申請書（訪問看護ステーション等）

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 訪問看護 ステーション等 | 名 称 | おおさか訪問看護ステーション 大手前出張所 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒000-0000 大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話(06)0000-0000 | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 事業者番号 | 2 | 7 | 6 | × | × | — | × | × | × | × | |
| 指定訪問看護事業者 | 名 称 | 株式会社 おおさか | | | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000 大阪府△△市△△町△丁目△番△号 電話(06)0000-0000 | | | | | | | | | | |
| 指定居宅サービス事業者 | 代 表 者 | 住 所 | 〒000-0000 大阪府△△市△△町△丁目△番△号 電話(06)0000-0000 | | | | | | | | | |
| 指定介護予防サービス事業者 | | 氏 名 | 大阪 花子 | | | | | | | | | |
| | | 生年 月 日 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | 職 名 |
| | | 職 名 | 氏名 | | | | | | | | | |
| 管理者の職・氏名 | 代表取締役・管理者 | | 大阪 花子 | | | | | | | | | |
| 役員 の職・氏名 | | | 大阪 太郎 | | | | | | | | | |
| | 取締役 | | 大阪 次郎 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

書ききれない場合は、「別紙のとおり」と記載してホームページの「役員名簿」（別紙）へ記入・添付して下さい。

上記のとおり、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〔 法人の場合は所在地 〕 大阪府大阪府中央区大手前2丁目〇番〇号

氏 名〔 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 〕 株式会社 おおさか
代表取締役 大阪 花子

大阪府知事 様

※ 「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること