（様式第１号）

大阪府難病診療連携拠点病院申請書

　年　　月　　日

大阪府知事　　吉村　洋文　様

所在地

病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

大阪府難病診療連携拠点病院の選定について

　大阪府難病診療連携拠点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】

　　・別紙１～３