

※FAXで送付してください

(大阪府法別番号51) 医療機関契約担当者 様

大阪府と契約を希望する事業

契約を希望する事業すべてに☑をつけてください。
<input type="checkbox"/> 大阪府特定疾患医療費援助事業
<input type="checkbox"/> 大阪府先天性血液凝固因子障害等医療費援助事業

契約医療機関概要

医 療	名 称	
	所 在 地	〒
施 設 名	医療機関(介護保険) コード番号	

開 設 者	開設者が 法人(医療法人や株式会社等) の場合はこちらに記入願います		
	法人種別		法人名
	代表者 職氏名		
	所 在 地	〒	
	開設者が 個人 の場合はこちらに記入願います		
	開設者名 (個人名)		
	所 在 地		

担 当 者 連 絡 先	所 在 地	〒
	担 当 者	
	電 話 番 号	
	F A X	

○ FAX送信時に医療機関を開設していない場合、下記欄に開設日を記入してください。

開設年月日	
-------	--

<送付・連絡先>
〒540-8570
大阪市中央区大手前2-1-22
大阪府健康医療部保健医療室
地域保健課難病認定グループ
TEL: 06-6941-0351 (内 2525)
FAX: 06-6941-6606