

※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 <b>法人(医療法人や株式会社等)</b> 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 <b>個人</b> 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	
	FAX	

○ 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