

指定医療機関指定申請書
(病院・診療所・薬局・介護医療院)

保険医療機関等	名称	医療法人 おおさか会 おおさか病院										
	所在地	〒000-0000 大阪府〇〇市〇町〇番〇号 電話 (06) 0000 - 0000										
	種別 (いずれかに〇をしてください)	1 医科 4 薬局	3 歯科 B 介護医療院	医療機関 コード	1	2	—	3	4	5	6	7
開設者	住所又は所在地	〒000-0000 大阪府△△市△町△番△号 電話 (06) 0000 - 0000										
	氏名又は名称	医療法人 おおさか会 理事長 大阪 花子										
	生年月日		職名									
標榜している診療科目 (病院・診療所のみ記載)	神経内科、外科、内科											
	職名	保健医療機関として届け出ている管理者を記載										
管理者の職・氏名	理事長・管理者	大阪 花子										
役員の職・氏名	理事	大阪 太郎					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。					
	理事	大阪 次郎										
<p>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。</p> <p>20××年 ×月 ×日</p> <p>開設者</p> <p>住所 (法人の場合は所在地) 大阪府△△市△町△番△号</p> <p>氏名 (法人の場合は名称及び代表者の職・氏名) 医療法人 おおさか会 理事長 大阪 花子</p> <p>大阪府知事 様</p>												

※「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。