

様式 2-1

指定医療機関指定更新申請書
(病院・診療所・薬局・介護医療院)

保険医療機関等	名称	<input type="checkbox"/>							
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒		—		電話 ()		
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>			—				
開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒		—		電話 ()		
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>							
	生年月日	<input type="checkbox"/>				職名	<input type="checkbox"/>		
標榜している診療科目 (病院・診療所のみ記載)	<input type="checkbox"/>								
			職名				氏名		
管理者の職・氏名	<input type="checkbox"/>								
役員の職・氏名	<input type="checkbox"/>								
<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15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新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>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所〔 法人の場合は所在地 〕</p> <p>氏名〔 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 〕</p> <p>大阪府知事 様</p>									

※各欄を全て記入の上、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にレ印を付すること。
※「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。