（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　番　号　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大阪府知事　　吉村　洋文　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

大阪府小児中核病院・大阪府小児地域医療センター 指定申請書

　標記について、大阪府小児中核病院・大阪府小児地域医療センター指定要領第４条第１項に基づき、下記のとおり、添付書類を添えて提出します。

記

１　指定を受ける病院機能（いずれかを選択**※**）

大阪府小児中核病院　　　 大阪府小児地域医療センター

**※両方の機能・要件を満たす場合は、「大阪府小児中核病院」を選択してください。**

２　病　院　名

３　所　在　地

４　添付書類　　別紙のとおり