

(病院又は診療所の場合)

年 月 日

青森県知事 殿

病院又は診療所の名称

申請者

開設者氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

指定医療機関指定申請書

指定医療機関の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たり、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

病院又は診療所	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
	保険医療機関に係る 医療機関コード			
標ぼうしている診療科名				
開設者	住所又は所在地 (※)	〒		
	職名及び氏名又は名称 (※)			
	生年月日 (個人の場合)			
	役員の職名及び氏名 (法人の場合)	職 名	氏 名	

注1 「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

※の欄は、開設者が法人の場合には「法人の所在地」及び「法人の名称」を記載すること。
(法人の理事長等の住所・氏名としないこと。)