

指定医療機関指定更新申請書

医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒
	医療機関等コード	<input type="checkbox"/>	
開設者 (法人名)	住所または所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名または名称	<input type="checkbox"/>	
標ぼうしている診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の職名および氏名		<input type="checkbox"/>	(別添のとおり)
<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第15条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定の更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>なお、同法第14条第2項各号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 住所（法人にあっては所在地） 氏名（法人にあっては名称および代表者氏名）</p> <p>(宛先) 滋賀県知事</p>			

注1 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更がある事項に該当するものの口にレ印を記入してください。

2 医療機関等コード欄は、医療機関の場合にあっては医療機関コード、薬局の場合にあっては薬局コード、訪問看護事業所等の場合にあっては訪問看護ステーションコードまたは介護保険事業所番号を記入してください。

3 標ぼうしている診療科名欄は、病院または診療所のみが特定医療に主に関係する診療科名を記入してください。

4 役員の職名および氏名については、役員名簿（様式任意）を添付してください。