

指定医療機関指定申請書（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
	医療機関コード	電話番号：		
開 設 者	住 所	〒		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標 榜 し て い る 診 療 科 目				
役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1)		
<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する。 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する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>北九州市長 様 (押印省略可)</p>				