

指定医療機関指定更新申請書 (病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	〒 電話番号
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開 設 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
	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		<input type="checkbox"/>	
役 員 の 氏 名 及 び 職 名		<input type="checkbox"/>	(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>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>北九州市長 様 (押印省略可)</p>			

※ 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。