

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	〇〇〇診療所		
	所 在 地	〒802-8560 北九州市小倉北区馬借一丁目×番×号 電話番号：093-522-××××		
	医療機関コード	××××××		
開 設 者	住 所	〒802-××××		
	氏名又は名称	医療法人 ▲▲会		
	生 年 月 日	職 名		
標 榜 し て い る 診 療 科 目	消化器内科、内科			
役 員 の 氏 名 及 び 職 名	(別紙1)			

○開設者が法人の場合：法人の所在地及び名称を記載（法人登記に準じる）
○開設者が個人の場合、住所、氏名、生年月日、職名を記載

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。

平成30年 4月 12日

誓約項目を確認ください。

誓約欄の「住所」及び「氏名又は名称」は、開設者欄の「住所」及び「氏名又は名称」と一致します。

開 設 者
住 所 北九州市小倉北区××3丁目×番×号
氏名又は名称 医療法人 ▲▲会 印
(押印省略可)

北九州市長 様

法人の場合は法人印。なお、省略可能です。

指定医療機関指定申請書 (薬局)

保 険 薬 局	名 称	▽△△▽薬局		
	所 在 地	〒802-85×× 北九州市小倉北区馬借一丁目×番××号 電話番号：093-522-××××		
	薬 局 コード	×××××××		
開 設 者	住 所	〒802-×××× 北九州市小倉北区××3丁目×番××号		
	氏 名 又 は 名 称	医療法人 ▲▲会		
	生 年 月 日		職 名	
役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1)		

○開設者が法人の場合：法人の所在地及び名称を記載（法人登記に準じる）
○開設者が個人の場合、住所、氏名、生年月日、職名を記載

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。

年 月 日

誓約項目を確認ください。

誓約欄の「住所」及び「氏名又は名称」は、開設者欄の「住所」及び「氏名又は名称」と一致します。

開 設 者
住 所
氏 名 又 は 名 称

印
(押印省略可)

北九州市長 様

法人の場合は法人印。なお、省略可能です。

指定医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者		名 称	株式会社〇〇〇〇	
		主たる事務所の所在地	〒802-XXXX 北九州市小倉北区XX3丁目X番X号 電話番号：093-〇〇〇-1234	
	代 表 者	住 所	氏 名	〒802-XXXX 北九州市小倉北区▲▲2丁目〇番〇号 〇〇 〇〇
		生 年 月 日	職 名	昭和〇〇年〇月▲▲日
訪問看護ステーション等		名 称	〇〇〇訪問看護ステーション	
		所 在 地	〒802-XXXX 北九州市小倉北 電話番号 093	
役員の氏名及び職名		(別紙1)		
訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号				
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、 <u>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。</u>				
年 月 日		誓約項目を確認ください。		
誓約欄の「住所」及び「氏名又は名称」は、事業者欄の「住所」及び「氏名又は名称」と一致します。		指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名 称 代表者		
北九州市長 様		印 (押印省略可)		
事業者が法人の場合は法人印。なお、省略可能です。				

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（ 医療法人 ▲▲会 ）

氏 名	職 名
〇〇 □□	理事長
△△ ☆☆	理事
●● ◆◆	理事
◎◎ ◇◇	理事
▽▽ ▲▲	理事