

指定医療機関指定申請書（新規）

保険医療機関等	区分 (該当するものに○)	1 病院 2 診療所 3 薬局 4 訪問看護 (右の該当するものに○) 指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者									
	(フリガナ) 名称										
	所在地	〒 群馬県									
	電話番号										
	コード※1	1	0								
開設者 (代表者)	住所										
	氏名										
	職名又は名称										
標榜している診療科名 (病院・診療所のみの記載)											
役員の職名および氏名 ※2	職名										
	氏名										
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定医療機関の指定の申請をします。 なお、申請にあたり、同条第2項各号の規定（裏面参照）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>群馬県知事 あて</p> <p style="text-align: center;">開設者・事業所代表者 住 所 (法人については所在地) 氏 名 (法人については名称及び代表者氏名)</p>											

※1 病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等の場合は、訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。（一番左の3桁は、医療機関：101、薬局：104、訪問看護事業所：106を記入してください。未付番の場合は空欄で構いません。）

※2 記載欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

