大阪市認知症疾患医療センター（地域型・連携型）指定申請書

　年　月　日

大　阪　市　長　様

申請者　住所又は主たる

事務所の所在地

氏名又は名称及び

代表者の氏名

大阪市認知症疾患医療センター（地域型・連携型）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の所在地

３　提出資料

別紙様式のとおり