

6年目更新用

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定更新申請書 【病院または診療所】

| | | | | | | |
|--|--------------|-------------------|---|---|-----|--|
| 保険医療機関 | フリガナ | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| | 医療機関コード | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) 電話 () | | | | |
| 開設者 | 名称 および代表者 | | | | | |
| | 住 所 | (〒 -) 電話 () | | | | |
| | 代表者生年月日 | 年 | 月 | 日 | 職 名 | |
| 標榜している診療科目 | | | | | | |
| 主として担当する医師の氏名 | | | | | | |
| <p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第60条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定を更新されたく申請する。 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)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 氏名または名称</p> <p>(提出先)大阪市長</p> | | | | | | |

R3.4.1 大阪市

(記入要領)

1 「保険医療機関の名称」は必ず正式名称を記載すること。

2 標榜している診療科目については、精神通院医療に主として関係する診療科目のみで差し支えない。