

様式第2号

令和 年 月 日

指 定 通 知 書

様

大阪市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師として、  
下記のとおり指定しますので通知します。

指定医氏名	
指定医の種類	
指定医番号	
指定有効期間	

(備考)

- ・ 指定医は、指定から5年ごとに更新申請が必要になります。
- ・ 大阪市外への転出や退職などの事由が生じた場合には、下記連絡先にご連絡ください。

【連絡先】 〒545-0051

大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000

あべのメディックス 10階

健康局大阪市保健所管理課保健事業グループ

電話：(06) 6647-0923