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