

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