

(第5号様式)

## 奈良県難病医療協力病院登録申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

病院名

-----

所在地

-----

開設者

印

-----

奈良県難病医療協力病院の登録を申請します。

併せて、奈良県難病診療連携拠点病院及び奈良県難病診療専門支援病院の指定並びに奈良県難病医療協力病院の登録に関する要領第9条第1項の規定により、病院情報を公表することに同意します。

なお、当院の医療提供体制及び一時入院等に関する他病院等からの問い合わせ窓口は下記のとおりです。

### 記

【医療提供体制】 ※該当することを確認し、を入れてください。

難病指定医療機関である  病床を有している

【一時入院等の問い合わせ窓口】

担当部署名(必須)

-----

担当者(必須)

-----

電話(必須)

FAX(任意)

-----

e-mail(任意)

-----