令和　　年　　月　　日

奈良県福祉医療部医療政策局地域医療連携課長　殿

申請者　住　　所

　　　　　　 病院名

（開設者）氏　　名

病院開設の証明願いについて

　このことについて、（　　　　　　　　　　　　　　　）のために必要ですので、医療法

（昭和23年法律第205号）第１条の５第１項に規定する病院について、下記のとおり届出が

なされていることを証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設場所 |  |
| 開設年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 開設者氏名 |  |
| 開設者住所 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

奈良県福祉医療部医療政策局地域医療連携課長

病院等の開設証明願いにあたって

1. 証明願いは所定事項に記入・押印のうえ奈良県地域医療連携課医療管理係へ**２部提出**してください（保健所へは提出しないでください）。
2. 郵送による証明書の交付を希望される方は、切手を貼った宛先明記の封筒を同封し、奈良県地域医療連携課医療管理係あて郵送ください。
3. 証明書の発行には、到着後１週間から１０日ほどかかりますのでご承知ください。
4. 証明書の内容は開設証明願いと同一ですので、証明書提出先に内容に問題がないかどうか確認されることをお勧めします。
5. 下部の日付は当課で記入しますので記入されないようご注意ください。
6. 記載内容が届出内容と相違している場合は証明できないことがありますので、不確かな場合は当課あて照会されることをお勧めします。

　　　　　　　　　　　　　　　照会及び送付先

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒６３０－８５０１

　　　　　　　　　　　　　　　　　奈良市登大路町３０番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奈良県地域医療連携課医療管理係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 ０７４２－２７－８６５３