

機関区分	① 病院又は診療所 ② 薬局 ③ 指定訪問看護事業者等 ④ 介護医療院			
保険 医療機関等	名 称	きょうと薬局 中央店		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇市〇〇区〇〇町 〇番〇号	電話 番号	〇〇〇-〇〇〇- 〇〇〇〇
	※ コー ド	1 2 3 4 5 6 7 (264より後の7桁)		
開 設 者 (法人の場合は法人の 所在地及び法人名・ 代表者の氏名・職名)	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号 電話 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
	氏名又は名称	株式会社きょうと		
	法人代表者	京都 太郎	職 名	代表取締役
標 榜 し て い る 診 療 科 目 (医療機関のみ記載)				
役 員 の 氏 名 及 び 職 名	(別紙1 法人の場合のみ)			
指定を受けようとする年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請する。 また、<u>同法第14条第2項の規定</u>のいずれにも該当しないことを誓約する。 年 月 日 誓約項目をご確認下さい。 申請日を記入して下さい。 開設者（法人の場合は法人の所在地・法人名及び代表者の職氏名） 住 所 京都府〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号 氏名又は名称 株式会社きょうと 代表取締役 京都 太郎 京 都 府 知 事 様				

※ 医療機関の場合は医療機関コード、介護医療院の場合は介護保険事業者番号、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記載して下さい。

(介護医療院の場合、開設者に代表者を、診療科目に介護医療院と記載して下さい。)

機関区分	① 病院又は診療所 ② 薬局 ③ 指定訪問看護事業者等 ④ 介護医療院			
保険 医療機関等	名 称	訪問看護ステーション きょうと		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇市〇〇区〇〇町 〇番〇号	電話 番号	〇〇〇-〇〇〇- 〇〇〇〇
	※ コー ド	1 2 3 4 5 6 7 (266より後の7桁)		
開 設 者 (法人の場合は法人の 所在地及び法人名・ 代表者の氏名・職名)	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号 電話 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		
	氏名又は名称	医療法人きょうと会		
	法人代表者	京都 太郎	職 名	理事長
標 榜 し て い る 診 療 科 目 (医療機関のみ記載)				
役 員 の 氏 名 及 び 職 名	(別紙1 法人の場合のみ)			
指定を受けようとする年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第1項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請する。 また、<u>同法第14条第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</u> 年 月 日 誓約項目をご確認下さい。 申請日を記入して下さい。 開設者（法人の場合は法人の所在地・法人名及び代表者の職氏名） 住 所 京都府〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号 氏名又は名称 医療法人きょうと会 理事長 京都 太郎 京 都 府 知 事 様				

※ 医療機関の場合は医療機関コード、介護医療院の場合は介護保険事業者番号、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記載して下さい。

(介護医療院の場合、開設者に代表者を、診療科目に介護医療院と記載して下さい。)