別記第４７号の１６様式（第２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連携Ｂ水準

連携型特定地域医療提供機関指定申請書

年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　　様

開設者　住所　〒

電話番号

氏名

法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地

　医療法第１１８条第１項の規定により次のとおり連携型特定地域医療提供機関の指定を受けたいので、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときは名称） | ふりがな |
|  |
| 管理者の氏名 | | ふりがな |
|  |
| 病院又は診療所の名称 | | ふりがな |
|  |
| 病院又は診療所の所在の場所 | | ふりがな |
| 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |