

山形県知事 殿

開設者住所

開設者氏名

在宅重症難病患者一時入院事業実施申出書

在宅重症難病患者一時入院事業を実施したいので次のとおり申し出ます。

記

開設者住所	(〒 -)
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
医療機関名	
代表者氏名	
所在地	(〒 -)
電話番号	
保険医療機関 コード	

・留意事項

- 1 この申出書により山形県在宅重症難病患者一時入院事業実施要綱第5条に基づく委託契約を締結します。
- 2 「開設者氏名」欄には、法人にあっては法人の名称及び代表者氏名、個人にあっては医療機関名及び開設者氏名を正式名称で記入してください。（当該名称及び代表者氏名等に基づき契約書を作成します。）
- 3 提出先

〒990-8570 山形市松波二丁目8-1

山形県健康福祉部障がい福祉課 難病対策担当