

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書
(病院・診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職名	
標ぼうしている診療科目				
主として担当する医師の経歴				
<p>指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として指定を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 59 条第 1 項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同条第 3 項において準用する同法第 36 条第 3 項各号 (第 1 号から第 3 号まで及び第 7 号を除く。) に該当しないことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>宮崎県知事 殿</p>				

備考

- 1 標ぼうしている診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。
- 2 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- 3 「主として担当する医師の経歴」について、担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか 1 名について記載してください。