

様式 2

記載例

文書番号
令和〇年〇月〇日

東京都知事 小池 百合子 殿

開設者住所 新宿区〇〇〇丁目〇番〇号
開 設 者 医療法人社団〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇 印

代表者印を押印してください。

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号。以下「改正法」という。）附則第 5 条の規定により改正法第 3 条の規定による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「医療法」という。）第 118 条の規定により、別紙のとおり申請する。

別紙

1. 指定を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな〇〇 〇〇
	〇〇 〇〇
名称	ふりがな〇〇
	〇〇病院
所在地	ふりがな〇〇
	新宿区〇〇〇丁目〇番〇号

2. 担当者及び連絡先

担当者所属・役職・氏名	〇〇
電話番号	〇〇
メールアドレス	〇〇

申請内容の確認に対応可能な実務担当者を記載してください。