

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書

(病院又は診療所)

保険医療機関	名称	(医療機関コード —)		
	所在地	〒 — 電話番号 ()		
開設者	住所	〒 — 電話番号 ()		
	氏名又は名称			
	生年月日		職名	
標榜している診療科目				
主として担当する医師の氏名				
役員の名、生年月日及び住所の変更の有無		有 ・ 無		
<p>上記のとおり、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（平成17年法律第123号）第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>堺市長 殿</p>				

注意 標榜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ないこととする。