様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

在宅難病患者一時入院事業実施申出書

　広島県知事　様

住　　所

医療機関名

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 標榜する診療科名 |  |
| 難病指定医療機関 | □指定済み　　　□申請予定 |
| 一時入院受入について | □継続して受け入れる。□次の一時入院について受け入れる。　入院患者　　　　　　　　　　　　　　　入院予定期間　　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで |

留意事項

１　申出に当たっては，難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第14条第１項に規定する難病指定医療機関であることが必要です。

２　この申出により，広島県在宅難病患者一時入院事業実施医療機関として登録し，一時入院受入について，「継続して受け入れる」にチェックしている場合は，県ＨＰ等で公表します。