令和　　年　　月　　日

別紙様式第13号

特定疾患治療研究医療機関指定申請書

石川県知事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

開設者氏名

石川県特定疾患治療研究事業実施要綱の規定による特定疾患治療研究医療機関の指定を受けたいので申請します。

　１　医療機関の　　所　在　地

　　　　　　　　　　名　　　称

医療機関ｺｰﾄﾞ

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅメール

２　診療科名及び病床数（パンフレット等での代用可）

３　指定を受けるにあたっての同意事項

　　（１）　特定疾患患者に対する医療を行うにあたっては、その者の提出す　　　　　　る特定疾患医療券によって、特定疾患治療研究事業対象患者である　　　　　　ことを確認する。

（２）　特定疾患患者に対しては、懇切丁寧に医療を行う。

　　（３）　特定疾患医療券を提出して医療を受けた特定疾患患者に係る治療

研究費の請求は、当該医療が要綱の規定による治療研究費の対象と

なるものであることを確認し、要綱の規定により行う。

４　その他参考となる事項

令和　　年　　月　　日

別紙様式第14号

特定疾患治療研究医療機関指定辞退申出書

石川県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

開設者氏名

　　　　　　　　　　　　（又は代理者）

石川県特定疾患治療研究事業実施要綱の規定による特定疾患治療研究医療機関の指定を辞退致したいので、下記のとおりお届けします。

　１　医療機関の　　所　在　地

　　　　　　　　　　名　　　称

電話番号

指定年月日 年 月 日

コ　―　ド

２　指定辞退の年月日

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

３　指定辞退の理由

注意事項；開設者が死亡の場合は代理者が申出書を提出すること。

**特定疾患治療研究医療機関指定事項変更届出書**

別紙様式第15号

石川県特定疾患治療研究事業実施要綱の規定による特定疾患治療研究医療機関の指定を受けた医療機関の指定事項を下記のとおり変更したのでお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変更年月日 |
| 新 | 旧 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

令和　　年　　月　　日

石川県知事　様

指定医療機関　所　在　地

　　　　　　　　　　　名　　　称 電話番号

指定年月日 年 月 日

開　設　者 　住　　　所

　　　　　　　　　　　氏　　　名

注意事項：「所在地」は番地まで正確に記載ください。

　　　　　前回指定時に交付された「指定書」をなるべく添付してください。