

第1号様式の1

## 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業医療機関指定申請書

年 月 日

京都府知事 様

開設者（※法人の場合は所在地、名称、代表者名）

住 所 〒

氏 名

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱に定める指定医療機関の指定を受けたく申請します。

なお、指定の上は、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱の定めるところに従って、同要綱による治療研究を行います。

記

病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの 所在地	〒  Tel (      )      —
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの 名称	
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの コード	
指定を受けようとする年 月日	