（第３号様式）

奈良県難病診療専門支援病院指定申請書

年　　月　　日

奈良県知事　殿

病院名

所在地

開設者　　印

奈良県難病診療連携拠点病院及び奈良県難病診療専門支援病院の指定並びに奈良県難病医療協力病院の登録に関する要領第９条第１項の規定により、病院情報を公表することに同意し、下記の疾患群について、奈良県難病医療提供体制整備事業実施要綱第３条第２項に規定する奈良県難病診療専門支援病院の指定を申請します。

記

指定を申請する疾患群

神経・筋	消化器系	免疫系	骨・関節系	皮膚・結合組織	循環器系	腎・泌尿器系	血液系	呼吸器系	内分泌系	視覚系	代謝系	耳鼻科系	染色体または遺伝子に変化を伴う症候群	聴覚・平衡機能系