

(様式1)

(番 号)
年 月 日

大阪府知事 ○○ ○○ 様

病院名
代表者

地 域 周 産 期 母 子 医 療 セ ン タ ー 認 定 申 請 書

標記について、地域周産期母子医療センターとして認定を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

記

- 1 病 院 名
- 2 所 在 地
- 3 添 付 書 類 別紙のとおり