|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **指定申請医療機関の概要** | | |
| 医療機関名 |  | |
| 医療機関所在地 | 〒 | |
| 開設者 |  | |
| 管理者 |  | |
| 診療科目  ※全て記入すること |  | |
| 医療法上の  許可病床数 | 一般病床 | 【　　　　】床 |
| 精神病床 | 【　　　　】床 |
| その他病床 | 【　　　　】床 |
| 合計病床数 | 【　　　　】床 |
| 医療機関としての  資格要件 | □　指定申請日において，下記事項を全て満たしています。  （１）　健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第３項第１号に定める保険医療機関の指定を受けていること。  （２）　札幌市認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（令和５年12月　28日保健福祉局長決裁）第10条に定める指定基準を満たすこと。  （３）　最適使用推進ガイドライン　レカネマブ（遺伝子組換え）を満たした医療機関であること。 | |

※　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。