第　　　　 号

別記

第１号様式（第４条関係）

　年　　月　　日

高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

高知県へき地医療支援病院の認定について（申請）

　へき地医療支援病院の認定を受けたいので、高知県へき地医療支援病院認定実施要領第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。

添付書類

　　　１．病院概要（別紙）

２．実施計画書（第３号様式）

３．へき地医療支援活動状況等