（別紙様式第１号）

年　　　月　　　日

　岩 手 県 知 事　　様

医療機関名

医療機関の長名　　　　　　　　　　　　　印

岩手ＤＰＡＴ指定医療機関に係る申出書

　このことについて、岩手ＤＰＡＴ運営要綱第４条第１項に基づき当医療機関を岩手ＤＰＡＴ指定医療機関に指定されるよう申し出ます。