様式第14号（第９関係）

**推薦書**

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

〒

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次の医療機関は、当専門医療機関の専門医　　　　　　　　　　との連携の下で治療を行うことができるので、指定医療機関として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 診療科目 |  |
| 管理者の職及び氏名 |  |
| 担当医師名 |  |