

受付番号	番	審査判定		審査判定	自 至 年
受付年月日	年 月 日	認定番号	第 号	審査料受領日	な し

これは審査事務のためですので、記入しないで下さい

日本てんかん学会認定包括的てんかん専門医療施設申請書

日本てんかん学会理事長 殿

病 院 名 _____

病院長氏名（署名） _____ 印

日本てんかん学会認定包括的てんかん専門医療施設の認定審査を受けるにあたり、申請に必要な書類を添えて申請します。申請のための書類に記載されたすべての事項に故意の有無に関わらず虚偽のないことを証明いたします。

西 暦 年 月 日

施設名：
施設住所 〒
電話番号： ファックス番号：
てんかん医療を運営するための委員会委員長 氏名：
診療科：
職位：
電話番号：
電子メールアドレス：