

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

区分（該当するものに○）		病院	診療所	薬局	指定訪問看護事業者
保険医療機関 保険薬局 指定訪問看護 事業者	名 称				
	所在地	〒			
	電話番号				
	コード（※1）				
開設者 代表者	住所又は所在地	〒			
	氏名又は名称				
標榜している診療科名 （病院・診療所のみ記載）					
訪問看護ステーション （訪問看護事業者のみ 記載）	名 称				
	所在地	〒			
役員の職名及び氏名 （開設者が法人の場合） （※2）		職 名	氏 名		
<p>上記のとおり、児童福祉法第 19 条の 9 第 1 項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を受けたいので申請します。</p> <p>また、同法第 19 条の 9 第 2 項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>開設者 住所（法人にあっては所在地）： 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：</p> <p>明 石 市 長 あて</p>					

※1 病院又は診療所は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は、訪問看護ステーションコードを記載してください。

※2 記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。