

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

| | | | | |
|--|--|----|-------|----|
| 新規・更新 | 病院・診療所・薬局・訪問看護事業者 (いずれかに○をつけてください。) | | | |
| 保険医療機関等 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| | 医療機関コード | | | |
| | 開 設 日 | | 年 月 日 | |
| 開 設 者 | 住 所 (法人にあつては所在地) | | | |
| | 氏 名 (法人にあつては名称及び代表者氏名) | | | |
| | 電 話 番 号 | | | |
| 役 員 名 簿 | 役職 | 氏名 | 役職 | 氏名 |
| | 役職 | 氏名 | 役職 | 氏名 |
| | 役職 | 氏名 | 役職 | 氏名 |
| 標ぼうしている診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要) | | | | |
| <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申請します。</p> <p>また、児童福祉法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>(宛先) 港区長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 開設者 住 所 (法人にあつては所在地) 氏 名 (法人にあつては名称及び代表者氏名) </p> | | | | |