

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。)			
	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード			
保険医療機関等	開設日	年      月      日		
	住所			
	氏名又は名称			
	電話番号			
開設者	役職	氏名	役職	氏名
	役職	氏名	役職	氏名
	役職	氏名	役職	氏名
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)				
上記のとおり、児童福祉法 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 第19条の10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の更新を申請します。 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。  年      月      日  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)				
中野区長 宛て		印		