

指定小児慢性特定疾病医療機関 指定申請書

該当するものに○をつけてください。		病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
保険医療機関 保険薬局 訪問看護ステーション	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関コード			
医療機関 薬局	開設者	住所		
		氏名又は名称		
指定訪問看護 事業者	名称			
	主たる事務所の所在地			
	代表者	住所		
		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。 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) 印 鹿児島市長 殿				
担当部署		担当者名		

※開設者が法人にあっては、裏面の役員名簿に、必要事項を記載すること。

※指定を行った医療機関等の名称、所在地等は、鹿児島市ホームページへの掲載等により公示します。

