

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書

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	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>		
	電話番号	<input type="checkbox"/>		
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>		
医療機関 薬局	開設者	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
指定訪問看護 事業者	名称		<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)			<input type="checkbox"/>	
役員の氏名又は職名			<input type="checkbox"/>	(裏面)
上記のとおり、児童福祉法第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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 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) </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>				
鹿児島市長 殿	担当部署		担当者名	

※直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項に☑を付すること。

