

指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者	
直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更がある事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。			
保険医療機関等	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"/>	
開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
代表者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名(病院又は診療所のみ記入)		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名	<input type="checkbox"/>	氏 名	職 名
<p>児童福祉法第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第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 style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者（開設者等）</p> <p style="text-align: center;">住所又は所在地（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称（法人にあつては、名称及び代表者氏名）</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 「役員の氏名及び職名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。