

指定小児慢性特定疾病医療機関 更新申請書

区分（該当するものに○）		1.病院・診療所    2.薬局    3.指定訪問看護事業者	
変更年月日（以下の項目で変更がある場合のみ）		年            月            日	
すべての項目に記入し、今回変更のあるものは□にチェックをつけてください。			
保健医療機関	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 (事業所の代表者)	住所 (法人の場合は主たる 事務所の所在地)	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称 (法人の場合は名称及び 代表者職・氏名)	<input type="checkbox"/>	
	代表者 (訪問看護事業者 のみ記載)	住所 <input type="checkbox"/>	〒
	氏名 <input type="checkbox"/>		
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	裏面に記入
<p>上記のとおり、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の 10 第 1 項の規定に基づき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。</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>年            月            日</p> <p>開設者(上記に記載した開設者・代表者) 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> <p>(宛先) 豊中市長</p>			

