

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。		病院又は診療所	薬局	指定訪問看護事業者
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"/>	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード	<input type="checkbox"/>		
開 設 者 指定訪問看護事業者	住 所 (訪問看護事業者は主たる事務所の所在地)	<input type="checkbox"/>	<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載)	住 所	<input type="checkbox"/>	<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)
<p>上記のとおり、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を更新したいので、児童福祉法第19条の10第1項の規定により申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名</p> <p style="text-align: center;">(法人にあっては名称及び代表者氏名)</p> <p>(あて先) 八戸市長</p>				

※全ての事項について記入し、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項には☑を付すること。

