

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新					
該当区分	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 (1) <input type="checkbox"/> 薬局 (4) <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者 (6)					
保険 医療機関等	医療機関コード	1 3				
	フリガナ					
	名称					
	所在地	〒 _____ 電話 ( ) _____				
	開設日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	標榜している診療科名 (薬局・訪問看護事業者は記載不要)					
開設者	名称または氏名					
	<input type="checkbox"/> 法人	住所 ※訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載				
	<input type="checkbox"/> 個人	代表者 ※訪問看護事業者のみ記載				
	氏名					
	住所					
役員名簿	役職	氏名	役職	氏名	役職	氏名

(宛先) 板橋区長

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、児童福祉法第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。

\_\_\_\_\_ 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)

担当者名  
部 署  
連 絡 先