|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「指定小児慢性特定疾病医療機関」指定申請書 | | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関等 | | ※該当する番号を○で囲んでください。 | | | | | | | | | | |
| １　病院・診療所・歯科 | | | | | | ２　薬局 | | | | ３　訪問看護ステーション |
| 名称 | | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | | | **〒** | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | |
| コード　※１ | | | |  | | | 指定年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 開設者  （病院・診療所・歯科・薬局のみ記載） | | 住所又は所在地 | | | | **〒** | | | | | | |
| 氏名又は名称 | | | |  | | | | | | |
| 標ぼうしている診療科名  （病院・診療所のみ記載） | | | | | |  | | | | | | |
| 指定訪問看護事業者  （訪問看護ステーション  のみ記載）  ※所在地には主たる事務所の所在地を記載してください | | | 名称 | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | | **〒** | | | | | | |
| 代  表  者 | | 住所 |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 役員  （開設者  が法人の場合）  ※２ | 役職 | | | 氏名 | | | 生年月日 | | | 住所 | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
| 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医療機関の指定を申請します。  なお、申請に当たり、裏面に掲げる同法第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（役員含む）。  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）　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  **香川県知事　　殿** | | | | | | | | | | | | |
| ※１　医療機関の場合は医療機関コード，薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコードを記載してください。  ※２　記載欄が不足する場合は，「別添のとおり」と記載し，役員名簿を添付してください。 | | | | | | | | | | | | |

様式第１３号



（様式第１３号）